#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 783

##### Ф.И.О: Кафери Андрей Александрович

Год рождения: 19

Место жительства: г. Запорожье ул. Н-Корищенко 40/133

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.06.18. по 20.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., запоры, боли внизу живота.

Краткий анамнез: Впервые повышение гликемии выявлено 04.2018 (первично показатель гликемии 16,0 ммоль/л) к. эндокринологу не обращался. 30.04.18 глик. гемоглобин 10,1 С 07.05.18 – 15.05.18 стац лечение в кард отд 3гб. 08.05.12 произведено лапароскопическая холецистэкмомия . Дренирование брюшной полости. (выписной эпикриз прлагается) уровень гликемии в выписном эпикризе не указан. 05.6.18. Обратился к эндокринологу ОКЭД, глюкоза крови – 10,5. Ацетон мочи 4+. В ургентном порядке госпитализирован в ОИТ эндодиспансера. Бронхиальная астма с 1982 принимает серетид дискус 1р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.06 | 153 | 4,6 | 50 | 13 | |  | | 1 | 1 | 79 | 17 | | 2 | | |
| 11.06 | 145 | 4,4 | 4,0 | 15 | |  | | 1 | 1 | 61 | 33 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.06 | 6,8 |  |  |  |  | |  | 3,9 | 118 | 14,4 | 3,6 | 3,4 | | 0,87 | 1,3 |
| 06.06 |  | 6,78 | 2,4 | 1,45 | 4,2 | | 3,6 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 11.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | 0,81 | 2,2 |
| 18.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 8,9 | 1,8 | 2,6 | | 0,36 | 0,77 |

06.06.18 Глик. гемоглобин – 11,2%

08.06.18 Амилаза 34,2 Диастаза – 305,4

12.06.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

42.03.18ТТГ – 1,06 (0,3-4,0) Мме/мл;

05.06.18 Инсулин –10,51 (2,6-24,9) мкЕд/мл; С-пептид –2,13 (1,1-4,4) нг/мл

05.06.18 АЧТЧ – 27 МНО 0,96 ПТИ 104, фибр -3 ,4

11.06.18 АЧТЧ 27,7 МНО 0,89 ПТИ 111 фибр 3,6

05.06.18 Гемогл –153 ; гематокр –0,46 ; общ. белок –68 г/л; К – 3,59 ; Nа –125 ммоль/л

06.06.18 К – 4,1 ; Nа 136,5 Са++ - С1 - ммоль/л

11.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-83 мкмоль/л; креатинин мочи-4785 мкмоль/л; КФ-115,9 мл/мин; КР- 97,9 %

### 05.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. -ел ; эпит. перех. - в п/зр

08.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

11.06.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.06.18 Микроальбуминурия –63,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.06 | 11,1 | 5,8 | 9,7 | 9,5 |  |
| 07.06 | 8,1 | 8,5 | 5,2 | 5,6 | 5,9 |
| 08.06 | 6,5 | 4,0 | 7,09 |  |  |
| 09.06 | 6,5 | 7,3 | 8,2 | 6,2 | 4,0 |
| 10.06 2.00-8,4 | 8,7 | 6,1 | 8,4 | 4,3 | 6,8 |
| 12.06 | 7,6 | 6,6 | 6,5 | 4,5 |  |
| 14.06 | 7,3 | 6,6 | 8,8 | 5,5 |  |
|  |  |  |  |  |  |

13.05.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. легкий сдвиг ОИ. В носовую сторон. Артерии умеренно сужены, вены без особенностей. Задний поюс не изменен. А

05.06.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог:

18.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Варикозная болезнь н/к.

05.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр панкреатит вне обострения.?

06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: атоксил, лесфаль, гепарин, омез, контривен, альмагель, аспаркам, пиколапс, диалипон сода, папангин, лесфаль, атоксил, вазилип, тиосульфат, фуросемид

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..
9. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.06.18. по 15.06.18 к труду .06.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.