#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 783

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

Год рождения: 1975

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.06.18. по 22.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние 1. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Варикозная болезнь н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. НЦД по смешанному типу СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за 3 мес, 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 холецистэкомия . Дренирование брюшной полости. (выписной эпикриз прилагается) 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 | 68 |  |  |  |  | |  | 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 |  |
| 18.06 | 5,4 |  | 5,6 |  |  |
| 20.06 | 5,5 | 4,8 | 6,0 | 6,2 |  |
| 21.06 | 6,2 | 5,9 | 5,1 | 8,6 |  |

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

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

20.06.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН0.

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.?

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

Лечение: атоксил порошок № 22, лесфаль № 10, гепарин, омез, контривен, альмагель 1 флакон, аспаркам № 10, пиколакс 1 флакон, диалипон 600 мг № 5, диалипон турбо № 7, ксилат 200,0 № 16, сода, вазилип 1т веч, тиосульфат, фуросемид трисоль 200,0 № 11 ,витаксон 2,0 № 5 ,стеатель 5,0 № 7, диаглизид 30 мг, мефармил.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 30 мг утром до еды

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

Пациент также компенсирован на схеме инсулинотерапии Инсуман Рапид п/з 8 ед, п/о 8 ед п/у 6 ед, Инсуман Базал 22.00 -10 ед.

1. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес с послед. осмотром эндокринолога для определения тактики дальнейшего ведения пациента. Контроль 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. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Осмотр невропатолога по м/ж.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.