#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 816

##### Ф.И.О: Зайцев Вячеслав Юрьевич

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Украинская 33- 66

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.06.18 . по  21.06.18 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, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 196/105 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 24ед., п/у- 16ед., Фармасулин НNP п/з 32 ед, п/у 18 ед. Гликемия –6,8-14 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Диффузный зоб с 2015 АТ ТПО –10,1 (0-30) МЕ/мл от 22.01.16. 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 | | |
| 12.06 | 178 | 5,3 | 5,7 | 7 | |  | | 2 | 0 | 57 | 39 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 73 | 5,95 | 2,53 | 1,4 | 3,39 | | 3,3 | 3,2 | 98 | 21,2 | 4,0 | 6,0 | | 0,58 | 1,1 |
| 20.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 17,7 | 4,4 | 5,4 | | 0,58 | 1,7 |

12.06.18 Глик. гемоглобин – 8,7%

12.06.18 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

12.06.18 К – 3,89 ; Nа – 138,1 Са++ - 1,17С1 -99 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

13.06.18 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.06.18 Микроальбуминурия – 34,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.06 | 6,9 |  | 8,2 | 7,2 |
| 13.06 |  | 8,2 |  |  |
| 15.06 | 10,3 | 10,7 |  |  |
| 18.06 | 9,4 | 7,8 | 11,5 | 10,1 |
| 20.06 | 7,2 | 11,7 | 11,0 | 11,4 |

11.06.18Невропатолог: остеохондроз ПОП (клинически) нейропатия седалищного нерва?

19.06.18Невропатолог: Пролапс дисков L3-L5, люмбоишалгия справа. Хроническое рецидивирующее течение ,стадия обострения. Умеренно выраженный болевой с-м. На фоне патологии т/б сустаово Диабетическая полинейропатия .

13.06.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз с-м Салюс 1 , вены значтельно расширены, сосуды извиты по ходу сосдов микроаневризмы, микрогеморрагии. Задний полюс - без особенностей. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Сложный миопический астигматизм.

11.06.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.06.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

19.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II-Ш ст

14.06.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.06.18 Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

14.06.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА слева 17-20%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.06.18 ЕТ костей таза и т/б суставов: КТ признаки двустороннего коксартроза II ст

13.06.18 КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: КТ признаки дегенеративно-дистрофический изменений поясничного отдела позвоночника, относительного стеноза позвоночного канала на уровне L2-L3, пролапса дисков L3-L4 и L4-L5.

13.06.18 Травматолог: двухстронний коксартроз.

15.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

11.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,6 см3; лев. д. V = 10,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: ко-пренесса, тиоктацид, витаксон, нуклео ЦМФ, тивортин, лесфаль, Фармасулин НNP, Фармасулин Н

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: Фармасулин Н п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Фармасулин НNP 22.00 ед.
5. 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: нолипрел 1т1р/д, ивабрадин 5 мг 1р/д
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. Рек. ревматолога: дообследование у вертебролога МРТ ПОП.
10. Рек нефролога: диета с ограничением соли, белка. Контроль ан крови, мочи, показателей азотемии. Контроль УЗИ МВС в динамике. наблюдение терапевта по м/ж, нефролога ЗОКБ. Адекватная противогипертензивная терапия с применением ингибиторов АПФ.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.