#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 827

##### Ф.И.О: Горбунов Михаил Викторович

Год рождения: 1955

Место жительства: ул. Петровского 4-2

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.06.18 . по  22.06.18 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 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/110 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. при стац лечение по поводу инфаркта миокарда. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (Диабетон MR, сиофор). Ухудшение состояния в течение последних 2х мес, когда начал терять в весе . с 04.06.18 по 13.6.18 получал стац лечение в х/о 3-й ГБ 04.06.18 лапароскопическая апендэктомия ( выписной эпикриз прилагается), в связи с чем был переведен на ИТ. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 6ед., п/о- 6ед., п/у-4 ед. Гликемия –16,5-4,9 ммоль/л. 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 | | |
| 14.06 | 128 | 3,8 | 6,1 | 47 | |  | | 1 | 0 | 63 | 34 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.06 | 67,3 | 3,9 | 125 | 1,0 | 2,3 | | 2,9 | 4,8 | 99 | 11,8 | 2,9 | 1,36 | | 0,41 | 0,94 |

15.06.18 Глик. гемоглобин – 9,9 %

14.06.18 К –4,66 ; Nа –139 Са++ -1,13 С1 - 98 ммоль/л

### 14.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

18.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -29000 эритр -3500 белок – 0,028

15.06.18 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – 0,155

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.06 | 6,0 |  | 6,6 | 4,8 |  |
| 14.06 | 7,4 | 8,7 | 7,5 | 3,4 |  |
| 17.06 | 7,0 | 10,8 | 11,2 | 8,2 |  |
| 19.06 | 5,4 | 6,5 | 6,1 | 6,1 |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

19.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четки, ангиосклероз, с-м Салюс 1- II , вены значиельно расширены, неравномерног оклаибра, сосуды с выраженной извитостью. Д-з: Диабетон MR-гипертончиеская ангиопатия .

13.06.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.06.18Кардиолог: ИБС, п/инфарктный ( 2007,2010) кардиосклероз стенокардия напряжения. Инсульт ( 2008, 2010) СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. (САГ 2 )

14.06.18 На на р- гр ОГК легкие без инфильтрации корни малоструктурны, корни фиброзно изменены.

21.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

15.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст. . Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

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: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, левофлоксацин, Диабетон MR, глюкофаж, спиронолактон, эналаприл, амлодипин, зизиноприл, карведилол, тиогамма, витаксон, ксилат,

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:
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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.