#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 805

##### Ф.И.О: Билотоцкий Александр Петрович

Год рождения: 1941

Место жительства: г. Запорожье ул. Копенкина 50- 20

Место работы: пенсионер, Инв Армии сер ААЖ № 123823

Находился на лечении с 06.18 . по  .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 … кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1983г. С начала зоболевания диетотерапия – 3 года, затем принимал ССТ (манинил) с 2003 на инсулинотерапии Фармасулин НNP, однако в связи с неустойчивой глликемией и плохой переносимосью был переведена на Лантус. Течение лабильное. В анамнезе (со слов родственников) 2015 – гипоглшикемическая кома. И 09.05.18. +++ Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С … в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Постоянно инсулинотерапия.

В наст. время принимает: п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед., 22.00

Гликемия – ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в …г. Повышение АД в течение … лет. Из гипотензивных принимает …

ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл от … .

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.06 | 151 | 4,5 | 4,0 | 19 | |  | | 1 | 1 | 75 | 22 | | 1 | | |
| 19.06 |  |  |  | 17 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 81 | 5,96 | 1,1 | 1,53 | 3,93 | | 2,9 | 2,8 | 81 | 16,9 | 3,1 | 0,79 | | 0,63 | 0,84 |
| 19.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 12,7 | 3,0 | 1,4 | | 0,41 | 0,63 |

12.06.18 Глик. гемоглобин – 9,3%

12.06.18 Анализ крови на RW- отр

13.06.18 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –26,0 (0-30) МЕ/мл

12.06.18 К – 4,2 ; Nа – 144,8Са++ -1,25 С1 -9,9 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ед; эпит. перех. - в п/зр

19.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 1000 белок – отр

13.06.18 Суточная глюкозурия –1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия –47,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.06 | 4,2 | 11,4 | 17,9 | 10,9 |  |
| 13.06 |  | 16,2 | 13,6 | 10,8 | 4,7 |
| 14.06 2.00-10,6 | 8,0 | 18,6 | 14,0 | 12,3 | 15,5 |
| 16.06 2.00-14,3 | 8,8 | 19,5 | 7,7 | 13,0 | 6,9 |
| 19.06 200-6,6 | 5,4 | 12,8 | 5,1 | 9,6 | 6,8 |
| 21.06 | 5,8 | 12,8 | 7,3 |  |  |
| 23.06 | 8,5 | 3,1 |  |  |  |
| 24.06 | 6,4 | 5,7 | 11,7 | 18,1 | 15,1 |
| 25.06 | 4,5 | 9,9 | 17,6 | 15,9 | 12,9 |

Невропатолог:

19.06.18 Окулист: В 2014 ФЭК + ОИЛ на ОД, ОД – артифакия. OS – негомогенное помутнение в хрусталике. Гл дно под флером.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Свдивг в носовую сторону, ангиослкероз, с-м Салюс 1, вены расширены, сосуды извиты. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта OS . Артифакия ОД

08.06.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области. удлинение эл. систолы.

12.05.18.Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероз без даты аортальный паорок. СН II А. ф. кл II .

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспири нкардио 100 мг 1р/д, эналаприл 5-10 мг 2р/д.

аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

13.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы слева, справ снижено 1 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.

21/06/18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст фиброзирования поджелудочной железы, краевой кислы левой почки.

11.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2 см3; лев. д. V =5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.18 . по .06.18 к труду .06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.