#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 838

##### Ф.И.О: Сидоренко Геннадий Станиславович

Год рождения: 1966

Место жительства: Г-польский р-н, с. Ромовка ул. Первомайская 9

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.06.18 . по  27.06.18 в диаб. 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, головные боли, периодчиески чувство переполнения желудка, тяжесть в эпиагастрии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. во время лечения в т/о по м/ж была выявлена гипергликемия 20,0 ммоль/лв то же время была выявлен tbc в/д правого легкого. В теенеи месяца принимала ССТ без эффекта, затем инсулинотерапия. Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р в 4х кратных режиме. С 2014 в 2х кратном режиме. Комы гипогликемческие 2-3 раза меддокументацию не предоставил. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 10ед., п/у- 8ед. ( ранее вводил Хумодар Р100Р п/з 4ед п/у 6 ед. Хумодар Б100Р п/з 6 ед). НвАIс -5,9 % от 30.05.18 . 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 | | |
| 19.06 | 127 | 3,8 | 7,1 | 26 | |  | | 1 | 2 | 75 | 20 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.06 | 70,5 | 4,0 | 1,25 | 1,32 | 2,1 | | 2,0 | 6,8 | 82,5 | 9,0 | 2,2 | 4,9 | | 0,35 | 0,18 |

19.06.18 К – 5,2 ; Nа –141,9 Са++ -1,22 С1 -100 ммоль/л

20.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-81 мкмоль/л; креатинин мочи- 10780 мкмоль/л; КФ-108,8 мл/мин; КР- 99 %

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

20.06.18 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.06.18 Микроальбуминурия –131,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.06 | 4,3 | ,3 | 4,9 | 5,4 | 8,3 |
| 21.06 | 3,4 | 9,2 | 8,7 | 3,6 | 6,5 |
| 23.06 | 4,1 | 5,2 | 9,7 | 7,0 | 3,0 |
| 25.06 | 3,7 | 6,1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

04.06.18 Невропатолог: на момент осмотра очаговой неврологчиеский патологии не выявлено .

05.06.18 Окулист: Д-з: . Начальная возрастная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

26.06.18Кардиолог: При осмотре кардиальной патологии не выявлено.

05.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

19.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

30.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,9 см3; лев. д. V =6,7 см3

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

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.