#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 600

##### Ф.И.О: Джос Михаил Леонидович

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Токмак ул. Куйбышева 38-36

Место работы: ЧАО «ТКШЗ», электромонтер

Находился на лечении с 26.04.18. по 10.05.18 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, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. при появлении диаб жалоб, прогресирующей потере веса. При обращении к врачу впервые гипогликемия 1,0 ммоль/л. С того же веремени иснулиноетрпия:. Хумодар Р100Р , Хумодар Б100Р, В 2016 в условиях эндокриндиспансера переведена на Инсулар Актив, Инсулар Стабил. В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з- 28ед., п/о-18 ед., п/у-18 ед., Инсулар Стабил. 22.00 – 48 ед. диаформин 850 2р/д. Гликемия –6,0-12,6 ммоль/л. НвАIс - 8,9% от 01.2018. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг 2р/д, АИТ с 2013 АТТПО – 359,2 МЕ/мл (0-30), непродолжительное время принимал тироксин 50 мкг/сут., в настоящее время не принимает. 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 | | |
| 27.04 | 166 | 5,0 | 9,2 | 11 | |  | | 2 | 1 | 60 | 36 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.04 | 1008 | 4,23 | 1,79 | 0,94 | 2,46 | | 3,5 | 4,3 | 80 | 15,5 | 3,4 | 1,84 | | 0,47 | 0,86 |

27.04.18 Глик. гемоглобин – 9,3%

27.04.18 ТТГ –1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

27.04.18 К –4,28 ; Nа –1,40 Са++ -1,15 С1 -99 ммоль/л

### 27.04.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,038 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

02.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -16000 эритр - 6000 белок – отр

07.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7000 эритр -2000 белок – 0,032

30.04.18 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – 0,06

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.04 | 8,1 | 12,0 | 7,7 | 7,4 | 7,4 |
| 28.04 | 9,0 | 9,5 | 10,5 | 10,6 | 9,8 |
| 01.05 | 8,6 | 11,6 | 6,3 | 5,5 |  |
| 03.05 | 5,0 |  |  |  |  |
| 06.05 | 5,2 | 6,1 | 10,7 | 8,3 | 9,2 |
| 07.05 2.00-6,2 |  |  |  |  |  |

03.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

02/05/18 Jrekbcn^ VIS OD= 0?4ca-1?5=0?9 OS= 0?5ca + 0?5=0?9 $

Гл. дно: ОД артифакия ,OS – помутнение. На гл дне: сосуды сужены ,извиты, склерозированы, с-м Салюс 1 – II . Д-з: Артифакия ОД, начальная катаракта OS. ангиопатия сетчатки ОИ.

26.04.18ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

05.05.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

02.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

03.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. 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: Инсулар Актив, Инсулар Стабил

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, 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: Инсулар Актив п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Инсулар Стабил 22.00 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога:
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. 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.
11. 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.,
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
13. Б/л серия. АДГ № 6719 с .04.18 по 10 .05.18. продолжает болеть. С 11.05.18 б/л серия АДГ № на на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № договора /18 от

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.