#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 327

##### Ф.И.О: Давиденко Григорий Петрович

Год рождения: 1934

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. 1 Мая 94

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с .02.18 по .03.18 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, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., отеки н/к к вечеру

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. была выявлена гипергликемия 12,0 ммоль/л, назначена ССТ. принимал кратковременно. В последующем ССТ не принимал, сахар крови не контролировал. С16.02.8 резкое снижение зерния на ОД, обратился к окулисту. Находился на лечение в ЗОКБ в отд. хирургии глаза с 01.03. по 06.03.18 при последующем глюкоза крови 24,5 ммоль/л. Получал инсулин короткого действия п/з 8 ед, п/о 6 ед, п/у 6 ед, 23.00 – 6 ед, Гликемия –6,4-24,5 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 02.03.18. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.03 | 143 | 4,62 | 61 | 27 | 2 | 1 | 62 | 30 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.03 | 51 | 3,9 | 1,46 | 1,45 | 1,78 | 1,69 | 4,4 | 92 | 12,8 | 3,2 | 2,3 | 0,21 | 0,12 |

07.02.18 К –4,44 ; Nа –136 Са++ -1,14 С1 -105 ммоль/л

### 07.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –следы; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

С 10.03.18 ацетон – отр

.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

09.02.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 09.02.18 Микроальбуминурия –43,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.03 |  |  |  | 10,3 | 9,5 |
| 07.03 | 10,0 | 13,4 | 12,9 | 6,6 |  |
| 09.03 |  | 13,9 | 6,2 | 5,8 |  |
| 10.03 | 5,6 | 8,3 | 6,6 | 7,9 |  |
|  |  |  |  |  |  |

13.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), ДЭП 1 – II ст. смешанного генеза, церебрастенический с-м

07.03.18 Окулист: ОД артифакия . На гл дне ДЗН бледно-розовые с деколорацией, гр слегка завуалированы, сохраняется небльшое кровоизлияния. ОИ - аретрии сужены. вены расширены, извиты, ангиослкероз, с-м Салюс II ст. OS – в хрусталике начальыне помутнения. На гл дне ДЗН – бледноватые, гр четкие. ДЗ: тромбоз ЦВС, артифакия ОД. начальаня катаркта OS.

07.03.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Единичная желудочковая экстрасистола

15.03.18 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

13.03.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

14.03.18: ЭХОКС: склероз аорты. Кальциноз АК и МК 2 ст. Стеногз АК 1 ст. Митральная регургитация 1-2 ст. Минимальная трикуспиадльная регургитция. Минимальная регугиатция на ЛА. Систолчиеское давление на ЛА 23 мм р тст. Соотношение камер сердца и крупных сосдов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. Диастолчиеская дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации .

13.02.18РВГ: 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. Затруднение венозного оттока слева.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

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:

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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, 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.,

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. 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. Б/л серия. АДГ № 6717 с .02.18 по .02.18. к труду .02.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.