#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 120

##### Ф.И.О: Холод Сергей Викторович

Год рождения: 1981

Место жительства: г. Днепрорудное ул. Героев труда, 21- 132

Место работы: ЧАО ХЖРК ЭЕК, дежурный,

Находился на лечении с 19.09.18 по  02.10.18 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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II НФС I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез, редките гипогликеические состояния до 1р/мес, ночью и на фоне физ нагурзок, ухудшенеи памяти, фантомные боли в правой н/к, похолоание в обеих н/к. сстояние ухудшилось после погершнотси в питании 16.09.18 усилислись вышеописанные жалобы, при обращении в ЗОЭД выявлена ацетонурия 1+. Сахар крови 18,3 ммоль/л,

Краткий анамнез: L4 2015 установлено нарушение толератности к глюкозе. Проводился тест на толераность к углеовдам 6,9-11,2-9,7 мммоль/л. В 2016 ампутация с/3 пр бедра по оводу травмы, получал Фармасулин НNP, Фармасулин Н 4р/сут. В 2017 в связи с отсутствием эффективности ССП 20.07.17 С-петид – 0,52 ( 0,69-2,45) +++ .

В наст. время принимает:Фармасулин Н п/з-16 ед., п/о-10 ед., п/у-8 ед.,Фармасулин НNP 22.00 – 24-26 ед. Последнее стац. лечение в 2017г. 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 | | |
| 21.09 | 142 | 4,3 | 6,5 | 16 | |  | | 1 | 2 | 71 | 23 | | 3 | | |
| 24.09 |  |  |  | 16 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 114 | 4,72 | 1,35 | 1,35 | 2,75 | | 2,5 | 3,1 | 80 | 17,8 | 4,0 | 3,1 | | 0,48 | 0,54 |
| 24.09 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,3 | 2,6 | 4,3 | | 0,18 | 0,49 |

20.09.18 К – 3,77 ; Nа –139 Са++ 1,14- С1 -106 ммоль/л

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр мочевая кислдота

С 23.09.18 ацетон – отр

24.09.18 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.18 Микроальбуминурия –43,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 |  |  | 8,2 | 3,9 |  |
| 20.09 | 10,8 | 12,8 | 4,9 | 12,0 | 17,5 |
| 21.09 2.00-12,7 | 11,4 | 11,9 | 9,9 | 16,2 |  |
| 23.09 | 10,4 | 13,3 | 8,9 | 8,7 | 9,2 |
| 24.09 |  |  |  | 11,2 |  |
| 25.09 | 16,8 | 10,9 | 8,3 | 10,8 |  |
| 29.09 2.00-7,5 | 9,0 | 8,04 | 10,7 | 11,3 | 9,0 |

21.09.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 В макулярной области без особенностей.

19.09.18 ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

19.09.18 ФГ ОГК№ 114741 без патологии.

26.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.09.18РВГ: Проведение РВГ не показано из-за ампутационной культи в/3 бедра

28.09.18 Допплерография:, ЛПИ слева – 1,0. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V =6,2 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.

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. 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 № 1777 с .09.18 по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.