#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1225

##### Ф.И.О: Меркуш Михаил Александрович

Год рождения: 1970

Место жительства: Акимовский р-н, с. Шелюги ул. Молодежная 30

Место работы: н/р

Находился на лечении с .09.18 по  .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,

Жалобы при поступлении на частые гипогликемчиеские состояния в различное время суток 9больше в ночное), неоднокроано гипогликемчиеские комы. В течение года дважды госпитализировалая в связи с гипогликемическимим комами, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, выраженные боли в области сердца, отеки н/к

Краткий анамнез: СД выявлен в 1983г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия. Получал различные виды инсулина .С 2008 – Фармасулин НNP, Фармасулин Н, С 2016 Актрапид НМ, Протафан НМ, В 2013 ампутаия II п пр. стопы. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 20ед., п/о-8 ед., п/у-8 ед., Протафан НМ 22.00 – 10-16 ед. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг ½ т 2р/д, хиотел 40 мг утром, карведилол 12,5 2р/д, кардиомагнил 75 мг 1т. нитроглицерин при болях в сердце, торадив 10 мг,

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 | | |
| 20.09 | 119 | 3,6 | 8,2 | 22 | |  | | 2 | 1 | 65 | 27 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 54,6 | 4,32 | 1,42 | 1,16 | 2,5 | | 2,7 | 4,3 | 131 | 11,6 | 3,1 | 1,3 | | 0,41 | 0,32 |

20.09.18 Глик. гемоглобин – 8,9%

20.09.18 Анализ крови на RW- отр

20.09.18 К –4,32 ; Nа – 139 Са++ -1,19 С1 -103 ммоль/л

.09.18 Проба Реберга: креатинин крови- 128мкмоль/л; креатинин мочи-8470 мкмоль/л; КФ-238,1 мл/мин; КР- 99,1 %

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,061 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

21.09.18 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – 0,089 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.09 2.00-9,5 | 12,5 | 7,7 | 9,2 | 21,9 | 19,5 |
| 21.09 2.00-15,0 | 11,1 | 13,8 | 14,0 | 14,0 |  |
| 23.09 | 16,4 | 14,1 | 6,8 | 4,6 | 11,0 |
| 26.09 | 8,3 | 9,6 | 6,5 | 3,9 | 3,5 |
| 29.09 | 6,5 | 10,5 | 6,8 | 6,0 | 13,1 |
| 01.10 |  |  |  | 17,5 | 19,0 |
| 02.10 2.00-14,2 | 7,8 | 3,8 | 5,1 | 8,1 | 7,9 |
| 03.10 | 13,2 | 16,8 | 5,4 | 5,1 | 2,8 |

24.09.18 Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 1,0 ; ОД – в хрусталике омутненна периферии. ОД- в хрусталике помутнение на переферии. На гл дне артерии узкие, спазмированы, вены слегка расшиерны, полнокровны, сосуды извиты, с-м салюс 1 ст. осложенная катракта ОИ. Д-з: осложненая катаракта, миопический астигматизм ОД . Ангиопатия сетчатки ОИ.

19.09.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец верхушечной области

Рек. кардиолога:

26.09.18ЭХО КС: Соотнешие размеров камер сердца и крупных сосудов в норме, Дополнительных токов крови в области перегородок не регистриуертся. Сократительная способсность миокарда в норме. Фиброз АК, МК, стенок аорты, диффузные изменения миокарда ЛЖ. Регргитация на МК минимальная ТК 1-2 ст. систолической давление в ЛА 37 мм рт ст. В нижнеперегородочной области определяется источенный участок миокарда 1,8 смс участком дискинезии, вероятно рубец

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

28.09.18 Допплерография: Эхопризнаки неоклюзирующего заболевания ,аретри н/к по типу диабетчиеского медиакальциноза ( склероз менкеберга).

27.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; нельзя исключить налчие микролитовв почках.

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V = 6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: 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. 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 .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.