#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1253

##### Ф.И.О: Щербина Александр Иванович

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Энергодар ул. Комсомольская 105-76

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 26.09.18 по  05.10.18 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.

Ангиопатия сосудов сетчатки 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.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 2015 в связи с частыми гипогликемическими состояния перевден на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 24ед., п/о-10 ед., п/у-12 ед., Левемир 22.00 – 28 ед.

Гликемия –3,0-14,2 ммоль/л. НвАIс – 9,0 % от 01.04.18 . Последнее стац. лечение в Смешанный зоб 1 ст .Узлы обеих долей. ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –48,0 (0-30) МЕ/мл от 09.2017. 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 | | |
| 27.09 | 157 | 4,7 | 5,1 | 6 | |  | | 1 | 1 | 56 | 37 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.09 | 117,5 | 3,9 | 0,95 | 0,99 | 2,5 | | 2,9 | 5,3 | 69 | 19,1 | 4,3 | 3,5 | | 0,35 | 0,59 |

27.09.18 Глик. гемоглобин -8,4 %

28.09.18 АТ ТПО – 32,0 (0-30) МЕ/мл

03.10.18 ТТГ – 1,66 ( 0,4-4,0)мкМЕ/мл

27.09.18 К – 3,69 ; Nа –137,1 Са++ - 1,11С1 - 107 ммоль/л

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

28.09.18 Суточная глюкозурия –3,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### .09.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.09 | 7,6 | 4,8 | 3,6 | 3,9 |  |
| 29.09 2.00-10,1 | 3,9 | 2,9 | 10,4 | 8,0 |  |
| 01.10 |  | 3,7 |  |  |  |
| 02.10 | 6,2 | 2,9 | 5,2 | 9,8 |  |
| 04.10 | 5,6 | 11,1 | 16,2 |  |  |

27.09.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены расширены, полнокровны, сосуды умеренно извиты, с-м Салюс 1- II ст, ангиосклероз. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

26.09.18 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

27.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

26.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V 10,2 см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные В пр доле у заднеего конутра гидрофильный узел 0,7\*0,53 см. с крупными кальцинатами в левой доле у перешейка гидрофильный узел 0,8\*0,54. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узлы обеих долей.

Лечение: Новорапид, Левемир, эспа-липон, актовегин, нуклео ЦМФ,

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: Новорапид п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Левемир 22.00 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.