#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1261

##### Ф.И.О: Ковалевский Виктор Дмитриевич

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Энергодар ул. Казацкая 14-58

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.09.18 по  10.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП IIст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3) Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоз. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН0. Хронический панкреатит стадия нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5-8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость. гипогликемические состояния при нарушении в режиме диетотерапии, физ нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2017 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 20ед., п/у-10 ед мефармил 500 мг 2р/д. Гликемия –10,8-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ, смешанный зоб 1 ст, узел левой доли с 2017. ТТГ – 0,8 ( 0,3-4,) АТТПО – 80,0 ( 0-30). ТАПБ не проводилось. 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 | | |
| 28.09 | 169 | 5,1 | 6,7 | 4 | |  | | 1 | 1 | 60 | 31 | | 7 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 28.09 | 64,7 | 5,89 | 0,76 | 1,14 | 4,4 | | 4,1 | 3,9 | 97 | 20,7 | 4,0 | 2,8 | | 0,1 | 0,13 |

28.09.18 Глик. гемоглобин – 9,8%

28.09.18 К – 4,93 ; Nа – 138 Са++ -1,1 С1 - 106 ммоль/л

28.09.18 ТТГ – 0,92 (0,4-4,0)мкМЕ/мл

### 28.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

28.09.18 Суточная глюкозурия – 2,43 %; Суточная протеинурия – отр

##### 01.10.18 Микроальбуминурия – 38,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.09 | 12,2 | 15,2 | 13,6 | 14,7 |
| 29.09 |  | 12,6 |  |  |
| 30.09 | 9,3 | 14,1 | 13,3 | 10,3 |
| 01.10 |  | 15,7 | 12,8 | 3,4 |
| 02.10 2.00-7,0 | 8,5 | 12,3 | 8,7 | 7,9 |
| 03.10 | 10,6 | 12,4 | 3,2 | 5,1 |
| 04.10 | 10,9 | 16,2 | 13,9 |  |
| 05.10 | 6,5 | 12,6 | 8,8 | 5,4 |
| 09.10 |  | 10,8 |  |  |

01.10.18 Окулист: VIS OD=0,5 OS= 0,9 ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены неравномерного калибра ,умеренно полнокровны, с-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

27.09.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

01.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

01.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

28.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

02.10.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

27.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V = 9,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой дол в с/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,38\*1,1 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, мефармил, креон, витаксон, тивортин, тиолипон, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась сухость во рту, жажда, гликемия нормализовалась, общее состояние улучшилось, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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 <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з- 12ед. Генсулин Н п/з 22 ед,

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. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В:. креон 25 тыс 1т 3р/д во время еды, в остальном терапия согласована.
5. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром, 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит железы в плановом порядке с послед. осмотром эндокринолога.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.