#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1269

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

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Днепрорудным, ул. Молодежная, 3, кв. 42

Место работы: ЗЖРК, контролер технического состава

Находился на лечении с 01.10.18 по  09.10.18 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 слабость, утомляемость, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, пекущие боли в стопах, судороги, онемение ног, шум в голове.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г.с кедоацидотического состояния. Принимал инсулинотерапию коротким курсом, в дальнейшем – сахароснижающая терапия. Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. В наст. время принимает: диопирид 4 мг, диоформин 500\*2 р/д. Гликемия – 7,9-10,1-12,3 ммоль/л. НвАIс – 8,47 % от 20.09.18. Последнее стац. лечение в 2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 02.10 | 144 | 4,3 | 4,7 | 15 | |  | |  | 2 | 53 | 41 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.10 | 75,5 | 4,6 | 1,63 | 1,0 | 2,9 | | 3,6 | 3,2 | 98 | 15,3 | 3,1 | 2,9 | | 0,57 | 0,81 |

02.10.18 Глик. гемоглобин – 8,3%

02.10.18 Анализ крови на RW- отр

02.10.18 К – 4,3; Nа – 141; Са++ - 1,16; С1 - 101 ммоль/л

### 02.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015; лейк – 1-2 в п/зр; белок – отр; ацетон –следы; эпит. пл. – умеренное к-во, слизь +

04.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1500; белок – отр

03.10.18 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.10.18 Микроальбуминурия – 35,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.10 | 7,0 | 6,6 | 6,6 | 10,0 |  |
| 05.10 | 7,4 | 4,3 | 6,9 | 8,3 |  |
|  |  |  |  |  |  |

02.10.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0; Гл. дно: Сосуды сужены. Вены полнокровны, ход ближе к прямолинейному. Салюс I-II ст. В макулярной области без особенностей.

Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

01.10.18 ФГ ОГК 114998 без патологии

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра левой н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

04.10.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия образования в левой доле печени похожего на ангиолипому, диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудчоной железы, нельзя исключить наличие микролитов в почках

01.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V =5,2 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 08.18 . по .08.18 к труду .09.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.