#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1265

##### Ф.И.О: Стариков Андрей Викторович

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Днерпорудный ул. Комсомольская 13-33

Место работы: ООО ПО «»Молис» слесарь ремонтник

Находился на лечении с 28.09.18 по  10.10.18 в диаб. 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 умеренную сухость во рту, онемение и сниежнеи вуствительности в н/к, наличие высыпаний на коже левого плеча, боли в н/к, судороги, онемение ног, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. при обращении к терапевту по м/ж. С начал принимал ССТ ( сиофор, диапирид) В 07.2018 находился на лечение в отд реанимации ЗОКБ по поводу цирроза печени клас «В» по Чайлд-Пью. Рекомендован перевод на инсулинотерапию в ЗОЭД, однако при выписке от госпитализации отказался. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг 2т утром. Гликемия –10,3 ммоль/л. НвАIс -6,8 % от 04.06.18Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции , ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: в анамнезе повышение АЛ до 150/90 ранее принимал лозап. Настоящее время лозап не принимает из-за нормотензии на фоне приема спиронолактона 100 мг 1р/д.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 01.10 | 128 | 3,8 | 2,5 | 34 | |  | | 2 | 2 | 64 | 30 | | 2 | | |
| 03.10 | 143 |  | 3,0 | 25 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.10 | 87,3 | 3,93 | 1,47 | 1,4 | 1,86 | | 1,8 | 4,3 | 97 | 26,1 | 4,5 | 4,9 | | 0,94 | 1,5 |

01.10.18 Глик. гемоглобин -9,7 %

03.10.18 ГГТ (гамма-глутататрансфераза) – 19,0 ( 0-55)

01.09.18 К –4,76 ; Nа –138,1 Са++ -1,2 С1 - 102 ммоль/л

02.10.18 Проба Реберга: креатинин крови-85 мкмоль/л; креатинин мочи-9790 мкмоль/л; КФ- 90,4мл/мин; КР- 98,8%

### 03.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

02.09.18 Суточная глюкозурия – 2,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.09.18 Микроальбуминурия –28,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.09 | 7,2 | 13,6 | 15,4 | 13,5 |  |
| 01.1 | 14,1 | 18,6 | 19,9 | 19,2 |  |
| 02.10 | 10,4 | 14,7 | 14,1 | 16,4 |  |
| 04.10 | 8,8 | 14,4 | 15,5 | 15,8 |  |
| 05.10 | 11,5 |  |  |  |  |
| 06.10 | 12,2 | 14,4 | 15,4 | 18,4 |  |
| 08.10 | 12,5 |  | 17,0 | 16,1 |  |

04.10.18 Окулист: VIS OD= 0,1сф – 3,0д=0,9 OS= 0,09сф – 3,5д=0,6 ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды сужены, извиты, Вены полнокровны. ангиосклероз, ход сосудов ближе к прямолиненому С-м Салюс II ст. Д-з: . Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сетчатки по смешанному типу. Миопия средней степни ОИ

28.09.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

01.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

08.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Цирроз печени ++ генеза + гепатит «С» клас «И» по Чайлд-Пью, с-м портельной гипертензии. Асциит.

08.10.8 Гастроэнтеролог: цирроз печени стадия субкомпенсации. КПМ по Чайлд-Пью в ++Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы.

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.

04.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст изгиб желчного пузыря в в/3 и области шейки, обращает внимание небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости

28.0.918 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V =4,4 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.

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 Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.