#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1292

##### Ф.И.О: Шульга Александр Афанасьевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Пологовский р-н, г. пологи ул. Пушкина 223

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 04.10.18 по  16.10.18 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, жажду, гипогликемические состояния в дневное время на фоне физ нагрузки, иногда в ночное время до 1р/мес, похолодание в стопах, ухудшение зрения,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. выявлен при обращении ив поликлинику по м/ж, по поводу снижения масы тела. С начала заболевания принимал ССП ( диаглизид 30 , Диабетон MR 60 мг, в 2013 в связи с декомпенсацией, на фоне ДТЗ был переведен на инсулинотерапию Фармасулин Н, Фармасулин НNP, В 2017 был рекомендован Фармасулин Н п/у 4 ед, п/о 4 ед, Фармасулин НNP 21.00 – 5 ед. Однако самостоятельно изменила схуму введения из-за гипогликемических состояний. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/о-4-5 ед. Фармасулин НNP п/з 10 ед, п/у 8-10 ед. Гликемия –9,8-19,2 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 26.06.18. Последнее стац. лечение в 2017г. в энд отд г. Днепр. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: С 2002 цирроз печение, портальной гипертензии, гепатоспленомегалия. С 2013 ДТЗ. АТрТТГ ( 2013) – 40,0 Ме/мл ( 0-1,22) в 2014 – тироеидэктомия в г. Днепр). Персистирующая форма ФП с 2013, принимает эутирокс 1000 мкг. С 2013 хр ++ ТТГ – 0,26 (0,4-4,0) на 125 мкг эутирокса . Пластика паховой гры грыжи слева 2015

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.10 | 132 | 4,0 | 6,2 | 22 | |  | | 1 | 1 | 65 | 30 | | 3 | | |
| 11.10 |  |  |  | 19 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.10 | 59 | 4,06 | 1,17 | 1,14 | 2,38 | | 2,6 | 7,1 | 101 | 10,4 | 2,4 | 1,5 | | 0,11 | 0,27 |

08.10.18 АЧТЧ – 21,9 МНО – 0,9 ПТИ 112 фибр – 4,1

05.10.18 К – 4,74 ; Nа – 139 Са++ 1,23- С1 - 107 ммоль/л

### 05.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

09.10.18 Суточная глюкозурия – 1,6%; Суточная протеинурия – отр

##### .10.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.10 |  | 8,5 |  |  |
| 05.10 | 6,3 | 16,0 | 12,3 |  |
| 07.10 | 6,4 | 12,4 | 15,2 | 15,8 |
| 08.10 |  | 12,3 | 14,7 | 10,8 |
| 09.10 | 6,0 |  |  |  |
| 10.10 | 5,5 | 11,3 | 16,6 | 14,6 |
| 12.10 | 7,0 | 16,6 | 15,0 | 9,1 |
| 14.10 | 7,3 | 16,2 | 12,5 | 14,1 |

12.10.18 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,8 .

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды извты ,склерозированы, вены уплотнены, с-м Салюс 1- II ст. По заднему полюсу перегрупировка пигмента. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

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

12.10.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Рек: дообследование ЭХОКС, кардонат 1т 2р/д

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

12.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к повышено Ш ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

04.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V = фиброз см3

Паренхима щит железы и регионарные л/узлы не визуализируются. Очаговых образований в проекции ложа не выявлено. Закл.: культи обеих долей.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, эутрокс, асафен, диалипон, турбо, тивомакс,

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. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. 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. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
11. Б/л серия. АДЛ № 1777 с .10.18 по .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.