#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 224

##### Ф.И.О: Рудь Сергей Викторович

Год рождения: 1972

Место жительства: Токмакский р-н, с. Урожанйная ул. Молодежная 11

Место работы: ООО Гранитный карьер сторож.

Находился на лечении с 14.02.18 по 22.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, 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.

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 сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, состояния, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 14ед., п/о- 12ед., п/у- 10ед., Инсуман Базал 22.00-18 ед. Гликемия –6,2-12,9 ммоль/л. НвАIс -8,6 % от 06.02.18. Последнее стац. лечение в 2017г. . Повышение АД в течение 2015 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл нерегулярно, кардиомагнил 75 мг 1р/д, АИТ, гипертрофическая форма, субклинчиеский гипотиреоз с 2017, в настоящее время принимает L-тироксин 50 мкг /сут. АТТПО – 787 ( 0-30) ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) от 2016. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.02 | 164 | 5,11 | 7,5 | 3 | 1 | 2 | 70 | 27 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.02 | 93 | 4,86 | 1,55 | 1,12 | 3,03 | 3,3 | 5,0 | 92 | 12,4 | 3,0 | 3,0 | 0,39 | 0,32 |

16.02.18Св.Т4 - 10,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 3,4 (0,3-4,0) Мме/мл

191.02.18 АЧТЧ 30,8 МНО 1,08 ПТИ 13,7 фибр 3,1

15.02.18 К –4,28 ; Nа –133 Са++ -1,19 С1 -101 ммоль/л

### 15.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

16.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500эритр - белок – отр

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

##### 20.02.18 Микроальбуминурия 164 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.02 |  |  |  | 7,9 |  |
| 15.02 | 8,2 | 14,4 | 3,8 | 5,7 | 7,4 |
| 16.02 2.00-9,1 | 8,1 | 73 | 4,7 | 5,5 |  |
| 18.02 | 7,8 | 9,2 | 5,9 | 9,7 |  |
| 20.02 | 6,7 | 5,1 | 7,9 | 4,1 |  |

15.02.18Невропатолог: ДЭП 1 ст смешанного генеза, цереброастенчиеский с-м.

20.02.18 Окулист: Гл. дно: артерии слегка сужены, извиты, вены уплотнены, стенки вен утолщены, слегка извиты. В макуле депигментация. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

15.02.18 ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия, единичная суправетнтрикулярная экстрасистола. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

19.02.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. наджелудочковая экстрасистолия.

25.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.02.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

15.02.18 РВГ: 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 нарушена.

21.02.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.02.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени, застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, микролитов обеих почках, диффузных изменений престательной железы.

14.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,6 см3; лев. д. V = 7,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
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.,

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. Круглогодично 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.
9. Б/л серия. АДГ № 6717 с .02.18 по .02.18. к труду .02.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.