#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 92

##### Ф.И.О: Сиващенко Виталий Владимирович

Год рождения: 1990

Место жительства: Приморский р-н,г. Приморск ул. Речная 90а

Место работы: н/р,инв Ш гр

Находился на лечении с 17.01.18 по .01.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, 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, снижение веса на 12 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, учащенное сердцебиение, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. в кетоацидотическом состонии Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 6-9ед., п/о-6-9 ед., п/у-6-9ед., Протофан НМ 22.00 – 19 Гликемия –1,8-23 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 03.11.17 . Последнее стац. лечение в 08.2017г. 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 |
| 18.01 | 175 | 5,37 | 8,3 | 4 | 1 | 4 | 57 | 36 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.01 | 85 | 4,47 | 1,09 | 1,21 | 2,76 | 2,7 | 5,5 | 99 | 13,7 | 3,4 | 1,44 | 0,66 | 0,84 |

22.01.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

19.01.18 Св.Т4 – 17,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ –1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

18.01.18 К – 4,6 ; Nа –138 Са++ -1, С1 - 100 ммоль/л

22.01.18 К – 4,38Na -141

### 18.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.0.18 ацетон 2+

С 20.01.18 ацетон отр

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

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

25.01.18 Суточная глюкозурия – 1,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 25.01.18 Микроальбуминурия –75,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.01 | 10,9 | 13,5 | 13,8 | 9,0 |  |
| 20.01 | 9,9 | 9,7 | 7,4 | 7,9 |  |
| 21.01 2.00-13,6 | 10,2 | 7,3 | 10,2 | 8,2 |  |
| 24.01 2.00-10,8 | 13,6 | 11,1 | 5,4 | 4,2 |  |
| 26.01 | 11,7 | 12,7 | 7,4 | 8,8 |  |
| 27.01 | 7,4 | 6,6 | 11,0 | 8,7 |  |
| 29.01 2.00 -8,2 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Полинейропатия н/к,смешаннго характера,сенсомторная форма, (NSS – 6, NDS-6)

19.01.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды широкие, гр.четкие, умереено извиты, веы плотненыы.едничныкмикроаневризмы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.01ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

24.01.18Кардиолог: Метаболическая кардиомпатия ПК 1 ст регургитацией 1 ст. СН 0.

24.01.18ЭХО КС: Эхопризнаки ПМК 1 ст. минимальной регургитации на МК, взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

25.01.18 ФГДЭС: Эрозивный эзофагит LA степень А. Эритематозная гастропатия.

18.01.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.01.18 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия..

Гастроэнтеролог: 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. Хр. гастродуоденит с болевым и диспепсическим с-мом.

25.01.18 Имуннолог: Субфебрилитет, неуточненый, астено-депресивнй с-м.

19.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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 сохраннеа а.

19.01.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов почках.

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

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протофан НМ, кардонат, тиолипон, витаксон, бифрен, тиогамма ,витаксон,атоксил, лесфал

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.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.