#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1432

##### Ф.И.О: Татаров Владимир Петрович

Год рождения: 1955

Место жительства: Куйбышевский р-н, с. Благовещенка ,ул. Шевченко, 159

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 30.10.18 по  09.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ИБС, диффузный кардиосклероз, наджелудочковая экстрасистолия. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, мочеизнурение в ночное время до 3-х раз, периодически гипогликемические состояния в разное время суток, чаще в 9.00-10.00, увеличение веса на 3-4 кг за 6 мес при плохом аппетите, ухудшение зрения (нечеткость), снижение чувствительности ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли периодически, головокружение, шаткость при ходьбе, ноющие боли в сердце, одышку при подъеме по лестнице, боли в тазобедренном суставе, больше слева, коленных суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003 г., связывает с эмоциональным потрясением. Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (диабетон, диаформин). С 2010г. в связи со стойкой декомпенсацией СД назначена комбинированная сахароснижающая терапия: Хумодар Б100Р. С 2016 г. переведен на Хумодар К 25 100Р + диаформин. В наст. время принимает: утром Хумодар К 25 100Р 40-42 ед.+ диаформин 1000 мг, вечером Хумодар К 25 100Р 22-24 ед.+ диаформин 1000 мг. Гликемия – 4,9-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл нерегулярно, кардиомагнил 75 мг. В 1988 г. – ушивание язвы 12-ти перстной кишки. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 31.10 | 157 | 5,0 | 7,3 | 20 | |  | | 1 | 1 | 62 | 30 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 31.10 | 92,3 | 6,20 | 1,23 | 1,20 | 4,43 | | 4,1 | 4,0 | 75 | 19,7 | 3,2 | 1,6 | | 0,43 | 0,33 |

31.10.18 Глик. гемоглобин – 7,9%

31.10.18 К – 4,64; Nа – 140; Са++ - 1,09; С1 - 98 ммоль/л

### 31.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025; лейк – 0-2 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; соли – ураты, оксалаты.

05.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2500; эритр – 250; белок – отр

01.11.18 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 01.11.18 Микроальбуминурия – 27,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.10 | 4,3 | 4,7 | 5,6 | 8,4 | 7,1 |
| 02.11 | 4,1 | 4,9 | 9,2 | 5,9 | 6,4 |
| 04.11 | 4,8 | 7,1 | 10,2 | 6,2 | 6,3 |
| 08.11 | 4,3 | 8,4 | 7,5 | 6,8 |  |
| 09.11 | 6,5 |  |  |  |  |

01.11.18 Окулист: Уплотнения в хрусталиках ОИ. Артерии узкие, вены широкие, полнокровные. Мелкий экссудат слева (единичный). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.10.18 ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ-проводимости. На ЭКГ от 19.10.18 – суправентрикулярная экстрасистолия, периодически по типу бигимении.

07.11.18 ЭКГ: ЧСС – 63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.11.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, наджелудочковая экстрасистолия. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

05.11.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.10.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий левой н/к несколько повышено. Тонус крупных артерий левой 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 сохранена.

08.11.18.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р , предуктал MR, бисопролол, эналаприл, асафен, вазилип, эспа-липон, мильгамма, нуклео ЦМФ, олфен, неогабин, диаформин.

Состояние больного при выписке: Уменьшена доза инсулина, гликемия нормализовалась, гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к. боли в сердце не отмечает, исчезла экстрасистолия. АД 130/80 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: Хумодар К 25 100Р п/з-34-36 ед., п/уж – 14-16ед.

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. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д клопидогрель, нолипрел форте, бисопролол 2,5 мг, дообследование ЭХОКС, суточный мониторинг ЭКГ.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.