#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1159

##### Ф.И.О: Родин Александр Васильевич

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Днепрорудное ул. Энтузиастов 6-33

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.09.18 по  17.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. единственной левой почки. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Осложнённая катаракта. ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, снижение работоспособности, быструю утомляемость, снижение чувствительности и онемение в стопах, снижение веса на 2 кг за год, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. при профосмотре. С начала заболевания принимал ССП (манинил, диаформин). С 2015 в связи с декомпенсацией был переведен на инсулинотерапию: Хумодар К 25 100Р п/з 32 ед, п/у 16 ед. В 2016 к терапии был добавлен метформин 850 мг ½ 2р/д, однако в последующем после выписки метформин не принимал. Комы отрицает. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-26 ед., п/у-14 ед. Гликемия –11,4-14,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД с 18 лет. гипотензивную терапию не принимает. 2008 – нефрэктомия справа (Сг), в последующем получал ХТ. Постоянно принимает лоспирин 1т, нейронорм 1т веч. 2016 – инфицированная рана левой стопы.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 06.08 | 153 | 4,6 | 7,0 | 15 | |  | | 3 | 1 | 49 | 42 | | 5 | | |
| 13.09 |  |  |  | 17 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.09 | 74,3 | 5,3 | 1,44 | 1,07 | 3,57 | | 3,9 | 3,9 | 95 | 19,2 | 4,0 | 2,2 | | 0,57 | 0,36 |
| 12.09 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 14,4 | 3,0 | 1,8 | | 0,21 | 0,3 |

03.09.18 Глик. гемоглобин – 9,3%

06.09.18 К – 4,73 ; Nа 141 Са++ -1,18 С1 -104 ммоль/л

### 06.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед в п/зр, мочевая кислота.

07.09.18 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.18 Микроальбуминурия – 40,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.09 | 7,4 | 9,0 | 7,9 | 6,9 |  |
| 08.09 | 5,1 | 6,4 | 8,1 | 7,0 |  |
| 10.09 | 6,6 | 6,1 | 7,0 | 7,0 |  |
| 13.09 | 5,9 | 6,5 | 6,4 | 7,6 |  |

07.09.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9 ;.

Очаговые помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, вены неравномерного калибра, полнокровны, не выраженный ангиослкероз, с-м Салюс 1 ст. В макулярной области без особенностей Д-з: Осложнённая катаракта , ангиопатия сетчатки ОИ

05.09.18ЭКГ: ЧСС -82 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

05.09.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

Рек. кардиолога: небивал 5 мг, аспирин кардио 100 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, нолипрел форте 1т 2р/д . ЭХОКС

10.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

27.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено II – Ш ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

05.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V =7,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, мефармил, нолипрел форте, небивалол, предуктал MR, эспа-липон, нуклео ЦМФ, вазилип, нуклео ЦМФ, асафен, армадин, вазилип

Состояние больного при выписке: к инсулинотерапии добавлен метформин, дозы инсулина снижены, гликемия в пределах целевого уровня, отмечает уменьшение общей слабости, утомляемости, уменьшилось онемение в н/к, сохраняется снижение чувствительности в них, увеличилась толерантность к физ нагрузке. АД 120/80 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-22-24 ед., п/уж -10-12 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж, метамин, мефармил ) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: ноллипрел форте 1т утром, небивалол 5 мг ½ т при учащенном сердцебиении лоспирин 75 мг 1т веч, . Контр. АД, ЧСС ЭКГ.
4. Эспа-липон(альфалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1т 2-3р/д 1 мес.
5. Контроль СОЭ в динамике.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.