#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1233

##### Ф.И.О: Ильясов Станислав Бешович

Год рождения: 1964

Место жительства: Ореховский р-н, пгт Камышеваха ул. Вокзальная 5-31

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 20.09.18 по  01 .10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОД (2016 г). Диабетический макулярный отек ОS. Ожирение II ст. (ИМТ 35,6 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце. СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на периодчиескую сухость во рту сухость, учащенный ночной диурез, усиление болей в н/к, онемия в стопах, судороги в икроножных мышцах, чувство распирания в стопах и голенях, гипогликемические состояния после обеда ло 2-х раз в неделю, ухудшение памяти, повышение АД до 170/110 мм.рт.ст, головные боли, головокружение, отеки верхних и нижних конечностей.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015 г. Во время стац.лечения в х/о по поводу флегмоны левой голени после травмы. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Б100Р 2р/сут. С 2017г к терапии был добавлен метформин 1000 мг 1 т 2р/д. В течение последних 3-х месяцев самостоятельно приобретает Протафан НМ, вводит п/з 22 ед., п/у 20 ед. НвАIс – 9,2 % от 22.05.18 . Последнее стац. лечение в 2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 4-х лет. Постоянно принимает ливостор 20 мг вечером, кардиомагнил 75 мг вечером, эналаприл 10 мг утром. В 2016г 4 раза –лазеркоагуляция сетчатки ОД. Интравитреальное введение айлии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 21.09 | 144 | 4,3 | 6,7 | 20 | |  | | 1 | 2 | 63 | 31 | | 3 | | |
| 25.09 |  |  |  | 17 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 21.09 | 90,8 | 3,1 | 1,3 | 1,0 | 1,5 | | 2,1 | 4,9 | 98 | 10,4 | 2,5 | 1,2 | | 0,42 | 0,31 |

21.09.18 НвАIс-6,0%

21.09.18 К – 5,27 ; Nа –141 Са++ - 1,14С1 - 104 ммоль/л

### 21.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 эр-0-0-1 в п/з, лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - умер;

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

24.09.18 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 24.09.18 Микроальбуминурия –42,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.09 | 5,7 |  | 7,0 | 6,1 |
| 23.09 | 7,5 | 8,0 | 7,0 | 4,4 |
| 25.09 | 6,6 |  |  |  |
| 27.09 | 4,7 | 7,9 | 5,7 | 6,0 |

27.09.18 Окулист: VIS OD= 0,7 OS=0,5 .

Гл. дно: А:V 2:3 сосуды широкие, извиты, начальные ангиослкреоз В макулярной области слева отек, микрогеморргаии, справа друзы, дистфрочиеские изменения.

Д-з:. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ДМО OS. рек: ОСТ макулы + ангиография OS. и/в введение айлии.

20.09.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, Эл. ось не отклонена .

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

21.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 несколкьо нарушена.

20.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7см3; лев. д. V =6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Протафан, Мефармил, эналаприл, вазилип, асафен, эспа-липон, тивомакс.

Состояние больного при выписке: **Медицинских показаний для перевода пациента с Хумодара Б100Р на Протафан НМ нет, по настоянию пациента произведен подбор доз Протафана НМ (приобретает самостоятельно).**  Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

На фоне терапии общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня уменьшились боли и чувство распирания в н/к, подобрана гипотензивная терапия, АД 120/80 мм.рт.ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Протафан НМ п/з- 19-21ед., п/уж -18-20 ед.,
5. ССТ: метформин (метамин, диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, бисоролол 2,5-5 мг утром кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1 т 2р/д-1 мес.
11. Собдюдение рекомендаций офтальмолога.
12. Контроль СОЭ в динамике через 1 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.