#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1080

##### Ф.И.О: Рудов Петр Александрович

Год рождения: 1956

Место жительства: Васильевский р-н, с. Приморское, ул. Восточная, 143, кв. 2

Место работы: н/раб., инв. III гр., бессрочно

Находился на лечении с 17.08.18 по  28.08.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35.1 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Варикозная болезнь н/к. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл, постинфарктный (02.2018), кардиосклероз . СН II А ф.кл. I. Полная блокада правой ножки п. Гиса, гипертоническая болезнь III стадии 2 степени, риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к при ходьбе на расстояния и в покое, ночью, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., частые головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009 г. Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2014 г. в связи со стойкой декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-26 ед., п/у- 16 ед., Хумодар Р100Р п/з 4 ед. Гликемия – 4,5-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017 г. С 07.02.18 по 23.02.18 получал стац. лечение в КУ «ОМЦССЗ» ЗОС по поводу ИБС, острый инфаркт миокарда (выписной эпикриз № 18-0462). ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10,9 (0-30) МЕ/мл от 27.01.17.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 | | |
| 20.08 | 146 | 4,4 | 8,4 | 25 | | 239 | | 1 | 2 | 68 | 26 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.08 | 90,0 | 5,0 | 1,13 | 1,4 | 3,1 | | 2,6 | 4,2 | 87 | 10,4 | 2,6 | 1,7 | | 0,46 | 0,52 |

17.08.18 Глик. гемоглобин – 9,8%

20.08.18 Анализ крови на RW- отр

20.08.18 К – 4,41; Nа – 146; Са++ - 1,19; С1 - 103 ммоль/л

### 21.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 2-3 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. оксалаты

20.08.18 Суточная глюкозурия, суточная протеинурия – отр

##### 20.08.18 Микроальбуминурия –70,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.08 | 7,2 | 11,6 | 9,1 | 8,8 |  |
| 21.08 | 9,1 | 7,4 | 6,5 | 5,7 |  |
| 24.08 | 8,3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

23.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение.

20.08.18 Окулист: VIS OD=1,0; OS=0,9-1,0; В хрусталиках начальные помутнения ОИ Гл. дно: Артерии сужены. Вены полнокровны, ангиосклероз. Салюс I ст.. В макулярной области депигментация, микроаневризмы, ед. друзы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

17.08.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо. Полная блокада правой ножки п. Гиса Гипертрофия левого желудочка.

20.08.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл, постинфарктный (02.2018), кардиосклероз . СН II А ф.кл. I. Полная блокада правой ножки п. Гиса, гипертоническая болезнь III стадии 2 степени, риск 4.

22.03.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к.

20.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра левой н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к несколько нарушена.

17.08.18. УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0 см3; лев. д. V = 4,9 см3Перешеек –0,32 см. Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. Узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, кардиолога, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-26-28 ед., п/уж -16-18 ед., Хумодар Р100Р п/з 4-6 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: Лозап 50-100 мг 1 р , эплепрес 25 мг 1 раз, аспирин кардио 100 1 р вечером
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
11. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.