#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 865

##### Ф.И.О: Роботкин Борис Владимирович

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Запорожье ул. Компрессорная 28а - 59

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 25.06.18 . по  07.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. СН 0-I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, онемение н/к, судороги.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. во время стац лечения в 7 МСЧ по поводу пневмонии, гипергликемия до 25,0 ммоль/л. С того же времени принимал ССТ: диапирид, диаформин. В 03-04.2017 во время стац лечения в эндокриндиспансере в связи со стойкой декомпенсацией , наличием и прогрессированием осложнений была назначена инсулинотерапия: Инсуман Базал п/у 8-10 ед, глимепирид 4 мг утром, диаформин 850 мг/сут. В 04.2018 находился на стац лечение в энд отд 4ГБ где назначено Инсуман Базал п/з 30 ед, п/у 24 ед, Инсуман Рапид п/з 8 ед, п/о 8 ед, п/у 8 ед. диаформин 850 мг 2р/д. форксига 10 мг. Гликемия –11,0-20 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает каптоприл, дифорс 80 мг 2р/д. ХОЗЛ с 2008 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 | | |
| 27.06 | 155 | 4,7 | 5,3 | 40 | |  | | 2 | 0 | 61 | 35 | | 2 | | |
| 07.06 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 07.06 | 64,5 | 5,9 | 7,6 |  |  | |  | 43 | 132 | 11,5 | 2,8 | 4,3 | | 0,75 | 1,0 |

27.06.18 Глик. гемоглобин -12,6 %

02.07.18 АЧТЧ – 28,1 МНО 0,86 ПТИ 115,8 фибр 3,6

27.06.18 К –4,55 ; Nа – 141 Са++ - 1,25С1 – 103 ммоль/л

### 27.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

29.06.18 Суточная глюкозурия – 1,34%; Суточная протеинурия – 0,85

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.06 |  | 7,6 | 7,2 | 10,3 |  |
| 27.06 | 14,3 |  |  |  |  |
| 29.06 | 6,5 |  | 6,9 | 12,1 |  |
| 02.07 | 10,8 | 11,7 |  | 12,1 |  |
| 03.07 | 7,4 |  |  |  |  |
| 05.07 | 10,9 | 9,9 | 10,9 | 11,9 |  |
| 06.07 |  |  |  |  |  |

27.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиослкероз, с-м Салюс 1, вены значительно расширены, сосуды резко извиты. В макулярной области без особенностей. По ходу сосудов единичные микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

25.06.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

06.07.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый,. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. гипертензивная ангиопатия сетчатки . гипертензивное сердце. СН 0-I. Риск 4. Рек. кардиолога: небивалол 2,5-5 мг, дообследование ЭХОКС.

21.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

26.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Нарушение кровообращения справа – II –Ш ст, слева Ш ст.

25.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, дифорс, вазилип, диаформин, армадин, бисопролол,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия субкомпенсирована , но целевые значения не достигнуты, из-за инсулинорезистентности, уменьшились боли в н/к., исчезла тахикардия АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин

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: Инсуман Базал п/з 30-32 ед, п/у 28-30 ед.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии , СКФ, калия, креатинина
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Армадин лонг 500 мг 1т/сут 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.