#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 743

##### Ф.И.О: Ли Дмитрий Александрович

Год рождения: 1978

Место жительства: г .Энергодар ул. Строителей 18-62

Место работы: н/р инв Ш гр

Находился на лечении с 29.05.18. по 09.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, 1- II ф.кл. Хроническое легочное сердце. Легочная недостаточность II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. ФВ - 59%

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. ранее принимал ССТ: глюкофаж, Диабетон MR. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р по схеме 4х кратного введения. В 2017 в ЗОЭД переведена на Инсуман Комб 2р/д . В наст. время принимает: Инсуман Комб п/з-20 ед., п/у-22 ед., препараты метформина не принимает Гликемия –11-12 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. 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 | | |
| 30.05 | 184 | 5,5 | 11,1 | 2 | |  | | 1 | 5 | 69 | 22 | | 3 | | |
| 04.06 | 184 | 5,5 | 7,0 | 6 | |  | | 2 | 2 | 63 | 29 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.05 | 100,9 | 5,1 | 4,8 | 1,17 | 1,74 | | 3,3 | 5,6 | 116 | 12,9 | 3,3 | 7,0 | | 0,1 | 0,3 |

30.05.18 Глик. гемоглобин – 9,1%

02.06.18 индекс НОМА 3,20 (<2,7)

30.05.18 К – 4,31 ; Nа –139 Са++ -1,16 С1 -1037 ммоль/л

### 30.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

04.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000 эритр - белок – 0,028

31.05.18 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 01.06.18 Микроальбуминурия –78 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.05 | 9,6 | 11,1 | 10,1 | 12,0 |
| 01.06 | 5,7 | 9,0 | 8,7 | 9,1 |
| 03.06 | 7,0 | 6,4 | 8,2 | 10,2 |
| 06.06 | 5,4 | 5,8 | 6,3 | 6,2 |
| 07.06 | 6,6 | 5,4 | 5,3 |  |

2017Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,5 ; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, уплотнены. В макуле депигментация . Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопический астигматизм.

29.05.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

01.05.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1- II ф.кл Хроническое легочное сердце. Легочная недостаточность II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Рек. кардиолога: хипотел 40 мг , аспирин кардио 100 мг 1р/д NT pro BNP, ФВД

28.05.18 Пульмонолог: Правосторонний хронический бронхит, нерезкое обострение на фоне ОРВИ. Рек: Спирометрия.

06.06.18 ЭХО КС: Уплотнение аорты .Краевое уплотнение створок АК ,соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется .Сократительная способность миокарда в норме. ФВ - 59%

04.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

30.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

04.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

29.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,8 см3; лев. д. V = 9,3см3

Щит. железа не увеличена, детальная визуализация затруднена и-за чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки

Лечение: Инсуман Комб, тиолипон, мефармил, лозап, асафен, вазилип, форксига, эналаприл армадин, тризипин, Инсуман Базал.

Состояние больного при выписке: За период стац лечения больной переведен на введение Инсуман Базал в сочетании с препаратами метформина, форксига, Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к 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 <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/уж -12 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 мг - 1т. \*2р/сут.

форксига 10 мг утром.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
4. Конс невропатолога, окулиста по м/ж
5. Канефрон 2т 3р/д 1 мес анализ мочи по Нечипоренко.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.