#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 641

##### Ф.И.О: Фахрадов Камиль Юсупович

Год рождения: 1953

Место жительства: Куйбышевский р-н, пгт Куйбышево, ул. Ленина 2-15

Место работы: пенсионер инв II гр.

Находился на лечении с 06.05.18. по 18.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, артифакия, авитрия, ДМО, частичная атрофия зрительного нерва ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ДЭП 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ 2 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. затем переведен на ИТ. На введение Хумодар Р100Р отмечает тяжелые гипогликемические состояния в связи с чем переведен на Лантус, Эпайдра. С 2009 В анамнезе троф язва 1п левой стопы. Вирусный гепатит В с 2005. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 9ед., п/о- 9ед., п/у-9 ед., Лантус 22.00 – 14 ед. Гликемия – 2,3-12,9ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2015г. Узловой зоб с 2015 ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –69,0 (0-30) МЕ/мл от 04.09.15 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 | | |
| 10.05 | 146 | 4,4 | 5,4 | 36 | |  | | 1 | 5 | 57 | 31 | | 7 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.05 | 57 | 4,6 | 1,9 | 1,22 | 2,5 | | 2,8 | 5,3 | 114 | 9,4 | 2,3 | 2,6 | | 0,17 | 0,28 |

10.05.18 Глик. гемоглобин – 7,7%

11.05.18 ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

10.05.18 К –4,72 ; Nа – 141,4 Са++ -1,11 С1 -107 ммоль/л

### 10.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –0-1 в п/зр белок – 0,059 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

10.05.18 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 0,674

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.05 | 6,6 | 4,8 | 8,0 | 6,9 |
| 14.05 | 4,9 | 5,3 | 3,8 | 8,2 |

10.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), ДЭП 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м.

10.05.18 Окулист: ОИ артифакия, авитрия. Гл. дно: сосуды узкие с-м серебряной проволки справа. В макуле пастозность. ДЗН бледно-розовый. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, артифакия, авитрия, ДМО, частичная атрофия зрительного нерва ОИ

08.05.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

11.05.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ 2 ст.

02.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 сохранена.

08.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,0 см3; лев. д. V =4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. В пр доле у переднего контура гидрофильный узел 0,7 \* 0,5 см. В левой доле узел не виз-ся. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Лантус, Эпайдра.тиогамма, мильгамма, нуклео ЦМФ, актовегин, стеатель

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

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: Эпайдра п/з- 9-12ед., п/о- 9-12ед., п/уж -9-12 ед., Лантус 22.00 14-16 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д , бисопролол 5мг 1р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д.
8. В настоящее время принимает берлиприл 10 мг утром , берлиприл-плюс веч.. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.