#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 67

##### Ф.И.О: Куприн Сергей Иванович

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Энергодар ул. Комсомольская 57-37

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 01.10.18 по  11.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный этиреоидный зоб 1. Ангиопатия сосудов сетчатки Частичный птоз в/века ОД. Симптоматическая артериальная гипертензия. 1 ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 16 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2017 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 25ед. п/у- 20ед. + глибомет 1т 1р/д, препараты метформинового ряда отменил самостоятельно.. Гликемия –8,5-12,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100 мг 1р/д 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 | | |
| 02.10 | 139 | 4,2 | 7,0 | 27 | |  | | 2 | 1 | 66 | 26 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.10 | 63,3 | 5,0 | 2,7 | 0,95 | 2,8 | | 4,3 | 6,2 | 119 | 13,2 | 3,0 | 2,4 | | 0,42 | 0,29 |
| 09.10 |  |  |  |  |  | |  | 9,6 | 113 |  |  |  | |  |  |

02.10.18 Глик. гемоглобин -8,6 %

02.10.18 АТ ТПО –38,0 (0-30) МЕ/мл ТТГ – в работе

02.10.18 К – 3,95 ; Nа – 131 Са++ 11,0- С1 -105 ммоль/л

### 02.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

03.10.18 Суточная глюкозурия –0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.10.18 Микроальбуминурия –28,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.10 |  | 12,7 | 10,4 | 8,8 |
| 02.10 | 4,6 | 9,2 | 7,3 | 6,4 |
| 03.10 | 4,5 |  |  |  |
| 04.10 | 4,2 | 8,0 | 6,5 | 5,2 |
| 05.10 | 7,5 |  |  |  |
| 06.10 | 8,0 | 14,5 | 6,9 | 7,7 |
| 10.10 | 4,8 | 7,8 | 5,3 | 6,2 |
| 11.10 | 5,9 |  |  |  |

03.2017 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.

03.10.18 Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,5 ; ОД – частичный птоз в века. В хрусталике уплотнения. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, ,извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст. В макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. частичный птоз в/века

18.09.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена Неполная блокада ПНПГ

01.10.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена Неполная блокада ПНПГ

02.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 незначительно нарушена.

03.10.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББП слева 52-54%, справа 37-41%, Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,6 см3; лев. д. V =9,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. нет.

Лечение: Инсуман Базал, мефармил, индапрес, лозап, эспа-липон, витаксон, тивортин, нуклео ЦМФ, лозап.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога, ангиохирурга 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: Инсуман Базал п/з- 20-22ед., п/уж – 6-8ед

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек кардиолога: лозап 50 мг 1р/д, контроль ЭКГ.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. После получения результатов ТТГ повторный осмотр эндокринолога
7. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.