#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1563

##### Ф.И.О: Бруй Ярослав Владимирович

Год рождения: 1984

Место жительства: г. Запорожье ул. Чаривная119-89

Место работы: н/р,инв II гр

Находился на лечении с 08.11.17 по 21.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (08.05.17). Атеросклероз коронарных аретрий ( КГ 15.08.17). МКШ -1, пластика аневризмы левого желудочка. СН I ф.кл. II. пароксизмальная реципрокная АВ – узловая типичная тахикардия (24.10.17). ОРВИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, боли в н/к при ходьбе, судороги, онемение, снижение чувствительности н/к, похолодание в стопах, одышка при подъеме на третий этаж, учащенное сердцебиение, периодически перебои в работе сердца . Повышение АД до 135/80мм рт ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. когда после полученной раны отмечалось плохое заживление раны на стопе, при обследовании была выявлена гипергликемия. Получала в течении 10 дней инсулин короткого действия, затем в условиях энд. отд. 4-й ГБ был назначен янумет 50/1000 2р/сут. Через 3мес приема эндокринологом по м/ж был назначен дианорм М, затем дибизид М 1т 2р/д. В 08.05.17 на фоне эмоционального стресса перенес инфаркт миокарда, в связи с сформировавшейся аневризмой ЛЖ был направлен на оперативное лечение в г. Киев в «Институе сердца», где в связи с гипергликемией была назначена инсулинотерапия, со слов пациента был назначен Лантус 20 ед/сут. (приобретал самостоятельно) Комы отрицает. В наст. время принимает: Лантус 5.00 20 ед. Гликемия –6,7-13,6 ммоль/л. С19.10.17 по 30.10.17 находился на лечение в кардиодиспансере был осмотрен эндокринологом, направлен для подбора адекватной инсулинотерапии. В наст. время принимает: аторис 40мг веч, лоспирин 75 мг веч, клопидогрель 75 мг веч, эплетор 25 мг 1т утром, коронал 10 м г1т утром , престриум 5мг утром.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 09.11 | 153 | 4,6 | 5,1 | 7 | 1 | 0 | 61 | 34 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 09.11 | 126 | 3,63 | 1,42 | 1,21 | 1,77 | 2,0 | 3,7 | 78 | 10, | 02,1 | 1,3 | 0,1 | 0,49 |

09.11.17 Глик. гемоглобин -8,7 %

09.11.17 К – 4,81 ; Nа – 137 Са++ -1,13 С1 – 106 ммоль/л

### 09.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. – ед в п/зр оксалаты

13.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 6000 эритр - белок – отр

16.11.17 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 16.11.17 Микроальбуминурия – 43,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.11 | 12,7 | 11,2 | 9,3 | 6,2 |
| 11.11 | 9,9 | 6,9 | 5,8 | 7,6 |
| 14.11 6,30-9,6 |  |  |  |  |
| 15.11 | 9,7 | 10,9 | 9,5 | 7,4 |
| 17.11 | 7,7 | 9,3 | 10,7 | 9,3 |
| 19.11 | 10,2 | 10,9 | 8,4 |  |

17.11.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ; Гл. дно: А:V 1:2 сосуды слегка расширены, извиты, вены уплотнены, множественные микроаневризмы, микрогеморрагии, твердые экссудаты, сливные друзы. В макуле рефлекс сглажен Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.11.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка. В V1-2 регистрируется комплекс QS. Подъем ST выше изолинии в V2-3, «-» з.Т в грудных отведениях ( аневризма в об. Рубца? .)на ЭКГ от 08.11.17 данные те же

08.11.17 ФГ огк№ 43842 без патологии

06.11.17 Кардиолог: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (08.05.17). КАГ 2017. пластика аневризмы левого желудочка. . СН I ф.кл. II. пароксизмальная реципрокная АВ – узловая типичная тахикардия (24.10.17)

Рек. кардиолога: продолжить терапию согласно выписки от 30.10.17.. Контроль АД, ЭКГ.

10.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

13.11.17Допплерография: ЛПИ справа – 1,1 ЛПИ слева – 1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

08.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,4 см3; лев. д. V = 7,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные м. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: аторис 40мг веч, лоспирин 75 мг веч, клопидогрель 75 мг веч, эплетор 25 мг 1т утром, коронал 10 м г1т утром , престриум 5мг утром, Лантус, тиогамма турбо

Состояние больного при выписке: На фоне проводимой терапии несколько уменьшилось онемение в н/к, с учетом ФВ – 43% по ЭХОКС от 17.10.17 ( г. Киев) препараты метформина не показаны. Производился подбор дозы Лантуса, однако в связи с развывшимся ОРВИ 20.11.17 достичь компенсации не удается. Выписан на амб. лечение под наблюдение семейного врача и эндокринолога по м/ж

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус 21.00 25-27 ед. с последующим подбором дозы под наблюдением эндокринолога по м/ж, при наличии гипергликемии в дневное время после приемов пищи добавить Новонорм. 0,5-1,0мг 3р/д перед едой.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: аторис 40 мг веч контр. липидограммы через 3 мес.
6. Рек кардиолога: аторис 40мг веч, лоспирин 75 мг веч, клопидогрель 75 мг веч, эплетор 25 мг 1т утром, коронал 10 м г1т утром , престриум 5мг утром Контр. АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.
8. Канефрон 2 др 3р/д 3-4 нед, контролан. Мочи по Нечипоренко в динамике по м/ж
9. 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 Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.