#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 482

##### Ф.И.О: Алейников Александр Александрович

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 38-25

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 03.04.18 по 17.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Артифакия OS. Начальная катаракта ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Хр. панкреатит с нарушением эндокринной, экскреторной функции вне обострения. СПО (2004) - дренирование псевдокисты поджелудочной железы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. В 2004 перенес операцию по поводу дренирование псевдокисты поджелудочной железы. ССТ с начала заболевания (Диабетон MR ). С 2012 переведен на ИТ. С-пептид 0,92; инсулин – 1,13 ( 1,6-24,9) от 2012. В течение последующего времени принимал Фармасулин НNP п/з 18 ед, п/у 14 ед. отмечает плохую переносимость данного вида инсулина, склонность к гипогликемическим состояниям. Гликемия –3,6-18,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. 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 | | |
| 04 | 154 | 4,54 | 5,0 | 3 | | 198 | | 1 | 1 | 53 | 40 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.04 | 62,9 | 6,58 | 1,34 | 3,62 | 2,34 | | 0,8 | 3,0 | 102 | 30,5 | 5,0 | 1,3 | | 0,88 | 1,55 |

03.04.18 Глик. гемоглобин – 11,4%

04.04.18 К – 4,03 ; Nа – 130 Са++ -1,12 С1 -104 ммоль/л

### 04.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

05.04.18 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.04.18 Микроальбуминурия – 46,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.04 | 6,0 | 8,6 | 4,3 | 5,1 |
| 06.04 | 10,2 | 13,3 | 17,1 | 10,2 |
| 09.04 | 5,8 | 6,5 | 7,6 | 6,3 |
| 14.04 |  | 8,5 | 17,8 | 17,1 |
| 15.04 | 12,8 | 9,8 | 9,1 | 11,1 |
| 16.04 | 5,6 |  |  | 5,1 |

10.04.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

05.04.18 Окулист: VIS OD= 0,3н/к OS= 0,3 н/к ; ОД в хрусталике уплотнение, OS артифакия . Гл. дно: сосуды узкие извиты, вены полнокровны, ангиосклероз, с-м Салюс 1 ст, микроаневризмы. В макуле области без особенностей Д-з: Артифакия OS. Начальная катаракта ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.04.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

12.04.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

12.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр. панкреатит с нарушением эндокринной, экскреторной функции вне обострения. СПО (2004) - дренирование псевдокисты поджелудочной железы.

03.04.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V = 5,4см3

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

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, Актрапид НМ, Протафан НМ, ксилат, диалипон, солкосерил, витаксон, тивортин, атоксил

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ (пенф)п/з-6-8 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ (пенф) 22.00 10-12ед., при необходимости возможно: Протафан НМ (пенф) п/з 22-24 ед, п/у 12-14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, ЭХОКС по м/ж
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
10. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 месвитаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
11. Рек. невропатолога: келтикан 1т 3р/д 1 мес
12. Гепатопротекторы в течение месяца контроль печёночных проб через месяц при необходимости конс гастроэнтеролога по м/ж.
13. Учитывая остроту зрения показан применение инсулина Актрапид НМ, Протафан НМ в пенфильной форме, выданы шприц ручки Новопен Ш № 2 .

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.