#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 559

##### Ф.И.О: Островерх Станислав Юрьевич

Год рождения: 1973

Место жительства: Пологовский р-н, .с Басань ул. Ленина 230

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.04.18 по 30.04.18 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. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма с углеобразованием, узел левой доли. Эутиреоз клинически. Ожирение I ст. (ИМТ 31,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Врожденный порок сердца, дефект межпредсердной перегородки, СН0-1. Симптоматическая артериальная гипертензия 1-2ст .

Жалобы при поступлении на гипергликемию в после завтрака и гипогликемические состояния после ужина, увеличение веса на 2кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение , снижение чувствительности в них повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, периодически давящие боли в области сердца , периодически отеки н/к к вечеру, дискомфорт в области шеи слева.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011 г. Комы: гипогликемическая - 2014. Течение стабильное. С начала заболевания принимает ССП кратковременно. В связи с неэффективностью была назначена инсулинотерапия: Хумодар Б100Р 2р/сут, затем Фармасулин Н 30/70 2р/д В наст. время принимает: Фармасулин Н 30/70 п/з-40ед., п/у- 16ед. Гликемия –6,0-14,0 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 13.04.18 . Последнее стац. лечение в 20107г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни Повышение АД в течение 2-3 лет. гипотензивные терапию не принимает В анамнезе врожденный порок сердца, дефект межпредсердной перегородки (с 2011). АИТ с 2012 АТТПО – 550 ( 0-30) ТТГ – -1,0 ( 0,3-4,0) отр 201. 7Хр .простатит, наблюдается у уролога , принимает Аитамины Е 400 ме 1т/сут. ЛХЭ - 2016, ЯБЖ в 18 лет.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.04 | 156 | 5,15 | 9,6 | 8 | | 222 | | 1 | 0 | 68 | 28 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.04 | 95 | 5,16 | 1,37 | 0,99 | 3,54 | | 4,2 | 6,9 | 97 | 11,5 | 2,6 | 3,8 | | 0,41 | 0,38 |

19.04.18 СКФ – EPI 64 мл/мин / 1,73 м2

20.04.18ТТГ –0,2 (0,3-4,0) Мме/мл

19.04.18 К – 4,91 ; Nа –138 Са++ -1,13 С1 -104 ммоль/л

20.04.18 Проба Реберга: креатинин крови- 96мкмоль/л; креатинин мочи-6,160 мкмоль/л; КФ-41,4 мл/мин; КР- 98,2 %

### 27.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

27.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

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

##### 20.04.18 Микроальбуминурия – 38,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.04 | 14,9 | 12,1 | 16,4 | 15,9 | 9,0 |
| 23.04 | 6,8 | 13,2 | 7,1 | 10,1 | 9,9 |
| 25.04 | 5,0 | 4,0 | 5,1 | 12,7 |  |
| 27.04 |  |  |  | 16,9 |  |
| 28.04 |  | 9,6 |  |  |  |

26.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Рек: УЗДС МАГ, актовегин 10,0 в/в №10 гамалате В 6 2т 3р/д.

23.04.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; Факосклероз

Гл. дно: Сосуды сужены, извиты, извиты, начальный ангиосклероз вены полнокровны. в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.04.18 ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков.

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

23.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к .

19.04.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNP, Фармасулин Н 30/70, витамин Е, диалипон, витаксон, кокарнит, эналаприл, тризипин,

Состояние больного при выписке: У пациента в связи с нестабильностью гликемии на фоне введения Фармасулин Н 30/70, произведена замена доз с подбором Фармасулин Н, Фармасулин НNP , на фоне чего общее состояние улучшилось, гипогликемические состояния после ужина не отмечаются, нормализовалась гликемия в течение дня, нуждается в коррекции дозы Фармасулин Н п/у , однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-18-20 ед., п/уж -6-8 ед., Фармасулин НNP п/з 26-28ед, п/у 8-10 ед..
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг (этсет) 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
8. ЭХОКС, УЗИ МВС с послед. конс. кардиолога по м/ж ( для уточнения диагноза «САГ»)
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
10. Соблюдение рекомендцаий невропатолога (см. выше)
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св с послед. конс. эндокринолога по м/ж

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.