#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1211

##### Ф.И.О: Богреев Виктор Геннадиевич

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Запорожье ул. Украинская 6а - 27

Место работы: АТ «ОТП Банк» сотрудник службы безопасности.

Находился на лечении с 18.09.18 по  28.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IV ст. единственной левой почки (нефрэкмтомия 2006) Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Симтоматический эритроцитоз.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез, увеличение веса на 45 кг за год, ухудшение зрения на OS, боли в ногах, онемение , снижение чувствительности в н/к, повышение АД 180/100 мм рт ст. головные боли, головокружения, периодически учащенное сердцебиение .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. появились диабетические жалобы (сухость во рту, жажду) при обследовании была выявлена гипергликемия. С начала заболевания принимала ССТ (амарил), затем к терапии был добавлен глюкофаж. С 2017 добавлена форксига 10 мг утром. В 04.2018 курс сосудистой терапии (а-липоевая кислота на дневном стационаре в поликлинике УСБУ).В настоящее время принимает альфалипон 600 мг. Амарил 4 мг утром, глюкофаж 1000 мг 1т 2р/д форксига 10 мг утром . Комы отрицает. Гликемия 8,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 11,7 % от 04.06.18 . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез Жизни: Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает нормопрес, эналаприл 10 мг 1т веч. В анамнезе хр. гастродуоденит. 2006 – нефрэкмтомия слева (образование почки). В 1999 оперирован по поводу липомы промежности, анальной трещины.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.09 | 184 | 5,5 | 7,2 | 2 | |  | | 2 | 3 | 58 | 34 | | 3 | | |
| 28.09 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.09 | 104,1 | 7,4 | 4,0 | 2,07 | 3,49 | | 2,5 | 7,4 | 80 | 8,7 | 2,4 | 5,5 | | 0,39 | 0,25 |
| 27.09 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 14,6 | 3,6 | 2,7 | | 0,32 | 0,49 |

19.09.18 К – 5,29 ; Nа – 139 Са++ -1,14 С1 – 104,3 ммоль/л

20.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-104 мкмоль/л; креатинин мочи-6720 мкмоль/л; КФ- 131,7мл/мин; КР- 90,1 %

### 19.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк 0-1- эроит 0-1 в п/зр белок – 0,021 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. почеч - ед в п/зр

21.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,136 г/л

21.09.18 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – 0,384г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 | 13,2 | 12,1 | 11,3 | 10,3 | 9,6 |
| 21.09 | 7,0 |  |  |  |  |
| 22.09 | 8,5 |  |  |  |  |
| 24.09 | 8,3 | 8,1 | 10,4 | 13,8 |  |
| 25.09 | 9,8 |  |  |  |  |
| 27.09 | 4,5 | 8,0 | 9,2 | 10,9 |  |

27.09.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,6 ; Факосклероз.

Гл. дно: вены неравномерного калибра, полнокровны, сосуды извиты, склерозированы, в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.09.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

19.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

19.09.18РВГ: 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 несколько нарушена.

21.09.18 Гематолог: симптоматический эритроцитоз Рек: дан совет по режиму и питания, кардиомагнил 75 мг 1т веч постоянно, наблюдение по м\ж

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

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

Лечение: нуклео ЦМФ, Инсуман Базал, амарил глюкофаж, форксига, альфа-липон, асафен, вазилип, физиолечение.

Состояние больного при выписке: В связи с декомпенсацией на фоне приема максимальных доз ПССП переведен на комбинированную терапию. Гликемия в пределах субкомпенсированых значений, сухость во рту, жажду, полиурию не отмечает, уменьшились боли и онемение в н/к АД 120/80мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» согласен на софинансирование, выдана шприц-ручка All Star 1 шт.

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 <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-8-10 ед., п/уж -18-20 ед., .

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1т веч,. лоспирин 75 мг веч Контр. АД.
4. Альфалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 1 мес
5. Б/л серия. АДЛ № 177741 с 18.09.18 по 28.09.18 к труду 29.09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.