#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 967

##### Ф.И.О: Кириченко Алексей Петрович

Год рождения: 1955

Место жительства: Василевский р-н, с. Переможное ул. Мира 13

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 18.07.18 по  31.07.18 в диаб. отд. (ОИТ 25.07.18-30.07.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП IIст. Диабетическая нефропатия IV ст. ИБС, стенокардия напряжения II –Ш ф .кл, Митральная, трикуспидальная регургитация до 2 ст, трепетание предсердий, тахисистолия желудочков. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. ДЭП 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м, Вертеброгенная люмбалгия справа. Гипертиреоз, кордарониндуцированный?

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, пекущие боли в н/к в ночное время , судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., ощущение перебоев в сердечной деятельности, сердцебиений, одышку при ходьбе, периодически отеки стоп и голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. при обращении у терапевту по поводу сухости во рту жажда, потери веса, болей в стопах. С того же времени начал прием ССТ : сиофор, диаформин, диапирид. В связи с неэффективностью в 2010 переведен на инсулинотерапию Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 2016 в связи с отсутствием компенсации в условиях эндокриндиспансера переведен на Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Комы отрицает. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-18 ед., п/у- 16ед., Инсуман Базал п/з 45 ед, п/у 30 ед . метформин 850 мг утром. Гликемия –9-14 ммоль/л. НвАIс -11,2 % от 07.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг/сут, бисопролол 5-10 мг, кардиомагнил, тридуктан. Персистирующая форма фибрилляции предсердий с 2013, со слов пациента с 05.2018 постоянная форма, лечился в терап. отд по м/ж (выписной эпикриз отсутствует) 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 | | |
| 19.07 | 159 | 4,8 | 6,8 | 7 | |  | | 1 | 1 | 62 | 34 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.07 | 67,8 | 4,6 | 3,4 | 0,81 | 2,2 | | 4,7 | 4,7 | 110 | 12,6 | 3,2 | 3,2 | | 0,22 | 0,57 |
| 30.07 | 73 |  |  |  |  | |  |  | 103 |  |  |  | |  |  |

19.07.18 К – 5,37 ; Nа –139 Са++ - 1,12С1 -103 ммоль/л

25.07.18 К – 4,37 ; Nа –146 Са++ - 1,12С1 -106 ммоль/л

30.07.18 К – 4,8 Na – 142,1

26.07.18 АЧТЧ – 27,7 МНО 0,97 ПТИ – 103,5 фибр – 3,1

28.07.18 АЧТЧ – 30,9 МНО 0,96 ПТВ 14 ПТИ 104,3 ТВ – 18,6 фибр 2,2 вр св – 8 мин

27.07.18 Т4св – 37,6 ( 10-25) пмоль/л ( взят на фоне приема кордарона)

### 19.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

20.07.18 Суточная глюкозурия – 0,21%; Суточная протеинурия – 0,098

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.07 | 14,6 | 14,2 | 15,9 | 12,2 |  |
| 22.07 | 5,9 | 8,2 | 7,3 | 8,4 |  |
| 25.07 | 5,0 | 5,4 | 7,2 | 3,1 |  |
| 26.07 | 9,0 | 6,9 | 7,1 | 9,9 |  |
| 28.07 | 5,3 | 6,9 | 7,6 | 8,5 |  |
| 29.07 | 5,9 | 9,3 | 12,0 | 8,3 |  |
| 30.07 | 5,3 | 9,5 | 12,5 |  | 7,5 |
| 31.07 2.00-6,6 |  |  |  |  |  |

24.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст, смешанного генеза ,церебрастенический с-м, Вертеброгенная люмбалгия справа. Рек: мидокалм 1,0 2р/д 5 дней, ксефокам в/м 8мг 2р/д д дней, актовегин 10,0 в/в № 10, липоевая кислота 600 мг 2р/д

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

Гл. дно: артерии сужены ,вены расширены, полнокровны, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II ст, микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

25.07.18 ЭКГ: ЧСС 133- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия? Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

27.07.18 ЭКГ: ЧСС -133 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм трепетание предсердий, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.07-27.07.18 Кардиолог: ИБС стенокардия напряжения II –Ш ф .кл, Митральная, трикуспидальная регургитация до 2 ст, трепетание предсердий, тахисистолия желудочков СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4.

23.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

31.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,3 см3; лев. д. V =5,8 см3

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

Лечение: Инсуман Комб, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, Айлар, мефармил, предуктал MR, аритмил 300мг в/в 25.07.18, аритмил табл. 800 мг/сут, кордарон, предуктал MR, бисопролол, кардиомагнил, эфокс, дигоксин, аспаркам, эналаприл, фенигидин, аспирин кардио, клопидогрель, мильгамма, диалипон турбо, тивортин,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 150/90-160/100 мм рт. ст. сохраняется трепетание предсердий, уменьшилась ЧСС до 120/мин

Учитывая наличия гипогликемических состояний, риск усугубления сердечно-сосудистой патологии комисиионно переведен на Айлар. Выдана 1 шприц ручка Vital Pen. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Пациент ознакомлен с тем что инсулины Инсуман Рапид будет поставляться в картриджах, согласен на со финансирование. ( согласно постанове КМУ № 239 от 29.03.16). Выдана 1 шприц ручка All Star.

**Учитывая длительность нарушения ритма сердечной деятельности (с 2013), отсутствие клинических проявлений гипертиреоза, повышение уровня Т4св вероятно обусловлено назначением кордарона. Нуждается в решении вопроса альтернативной терапии кордароном.**

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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Айлар п/з-38 ед., при сохраняющейся постпрандиальной гипергликемии, Инсуман Рапид 4-6 ед, перед основными приемами пищи.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, эналаприл 5-10 мг 2р/д, кардарон 200 мг 1т 4р/д, дигоксин 250 мг 1т веч. контроль АД, ЭКГ, ЧСС. заменить клопидогрель, аспирин кардио на варфарин 2,5-5 мг 1р/д. под контролем МНО (целевое 2,0), продолжить лечение в кардиологическом (аритмологическом) отд.
5. Мерказолил 5 мг 1т 3р/д 2 нед. анализ крови на ТТГ, Т4св через месяц. УЗИ щит. железы 1р в год. Повторный осмотр в эндокриндиспансере или врачом эндокринологом Васильевской ЦРБ через 2 нед. для коррекции дозы тиреостатиков.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.