#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 274

##### Ф.И.О: Гавриленко Вячеслав Викторович

Год рождения: 1966

Место жительства: Г-Польский р-н, Г-Поле ул. Приветная 15

Место работы: н/р

Находился на лечении с 26.02.18 по 13.03.18 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 (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз. ПФФП, тахисистолия. Неполная БППНПГ. СН 1 ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, нечеткость зрения на фоне гипергликемии, снижение веса на 8 кг за 2 года, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, одышка при подъеме на 3й этаж, эпизоды учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Появились диаб жалобы, сухость во рту жажду, снижение массы тела, обратилась в поликлинику по м/ж, была выявлено гипергликемия 30,0 ммоль/л, ацетон мочи 3+.был госпитализирован в ЗОЭД. Выставлен диагноз «СД тип 1», назначен Хумодар К 25 100Р. В течение года получал инсулинотерапию, на фоне чего отмечалась значительная прибавка массы тела. С 2006 в кардиодиспансере была назначена ССТ : амарил , Диабетон MR, амарил- М, глюкофаж. В последующем глюкофаж не принимал из-за плохой переносимости (диарея).С 2016 принимает канаглифлозин 100 мг / плацебо 1т утром + амарил 4 мг утром. Гликемия –10-14 ммоль/л. НвАIс – 8,4 % от 01.2018 . Последнее стац. лечение в 2015г. С 2001 постоянная форма фибрилляции предсердий, тахикардия, принимает локрен 1т утром, варфарин 4 мг веч . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: с 2001 ПФФП принимает локрен 2 мг утром, варфварин 3 мг веч. В 01.2018 стац лечение в кардиодиспансере подобранную антиаритмическую и антиаггрегантную терапию не принимает.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.02 | 163 | 5,44 | 7,2 | 3 | 1 | 1 | 65 | 30 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.02 | 79,7 | 4,52 | 1,21 | 1,01 | 2,95 | 3,4 | 4,1 | 99 | 19,4 | 4,7 | 2,2 | 0,35 | 0,48 |

27.02.18 Анализ крови на RW- отр

02.03.18 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –26,2 (0-30) МЕ/мл

05.03.18 АЧТЧ – 26,7 МНО 1,1 ПТИ 90,9 фибр 2,9

12.03.18 АЧТЧ – 39,4 МНО 1,69 ПТИ 62 фибр 3,1

24.02.18 К – 4,53 ; Nа – 138 Са++ -1,16 С1 – 104 ммоль/л

28.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-86 мкмоль/л; креатинин мочи-3795 мкмоль/л; КФ-37,6 мл/мин; КР- 97,3 % (неадекватный диурез)

### 27.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1038 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. –ед в п/зр

06.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

01.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

28.02.18 Суточная глюкозурия – 3,8%; Суточная протеинурия – 0,071

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.02 | 9,4 | 8,9 | 8,3 | 9,6 |
| 01.03 | 6,6 | 9,2 | 10,3 | 7,8 |
| 05.03 | 8,5 | 10,3 | 8,7 | 8,5 |
| 06.03 | 7,2 |  |  |  |
| 07.03 | 6,0 | 8,7 | 6,4 |  |
| 09.03 | 8,1 | 8,3 | 3,3 |  |
| 12.03 | 10,2 |  | 8,5 |  |
| 13.03 | 8,1 |  |  |  |

01.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Рек: витамины гр В по схеме, актовегин 10,0 в/в, нуклео ЦМФ 1т 2р/д

05.03.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 Гл. дно: А:V 2:3 Сосуды прямолинейные, ангиослкероз, вены уплотнены. С-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

26.02.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия, ед. желудочковая экстрасистола. Эл. ось не отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

28.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце, постоянная форма фибрилляции предсердий. СН 1. Ф. кл II

Рек. кардиолога: варфарин 5 мг 1р/д под контролем МНО (2,0) локрен 20 мг. Контроль АД, ЭКГ.

05.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. рек : плетол 100 мг левостор 20 мг длительно.

27.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 сохранена

06.03.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

06.03.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: варфарин, эналаприл, эспа-липон, нейрокабал, Инсуман Базал амарил, канаглифлозид 100/плацебо, амарил 4, локрен 20, кокарнит в/м, берлитион 600 в/в, милдрокор в/в, нефрофит, метфогамма,

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах субкомпенсированых значений, подобрана комбинированная инсулинотерапия, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС76-78 уд/мин, целевой уровень МНО не достигнут. На фоне приема метфогаммы, отмечалась непереносимость.

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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал ., п/уж – 16-18ед.,
5. ССТ: Канаглифлозин 100 мг/плацебо 1т утром
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 5 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: локрен 20 мг 1т утром эналаприл 1,25-2,5 мг утром, . Контр. АД. ЧСС.
9. Варфарин 5 мг 1т после ужина 5 дней в неделю (среда, воскресенье 7,5 мг) контроль МНО 1р/мес (целевой уровень 2,0)
10. эспа-липон, 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрокабал 1т 3р/д 1 мес.
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.