#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 166

##### Ф.И.О: Литвак Владмиир Александрович

Год рождения: 1985

Место жительства: Розовский р-н, с. Зеленополь ул, Черемушки 27

Место работы: н/р

Находился на лечении с 01.02.18 по 12 .02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 35,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1. Узел правой доли. Эутироез. Частичная атрофия зрительного нерва ОД. Ангиопатия сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. коротким курсом. 02.2015 во время стац лечения в ОКЭД назначена инсулинотерапия принимал Фармасулин НNP п/з 24 ед, п/у 18 ед в течение года В дальнейшем самостоятельно приобретал Лантус. С 08.2017 самостоятельно перешел на инсулин Тожео п/з 24 ед, Эпайдра п/з 14 , п/о 14 ед, п/у 14 ед. (данные виды инсулина приобретает самостоятельно, от перевода на генно-инженерные виды инсулина отказывается). Гликемия –12-18 ммоль/л. НвАIс – 12,2 % от 30.01.18 . Повышение АД в течение12 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел би-форте 1т 1р\д. Смешанный зоб 1, мелкие узлы обеих долей с 2015. ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –25,0 (0-30) МЕ/мл от 2017 .Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 02.02 | 178 | 5,2 | 9,5 | 18 | 1 | 2 | 53 | 38 | 6 |
| 06.02 | 166 | 5,2 | 9,0 | 12 | 0 | 2 | 47 | 45 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 02.02 | 104 | 5,8 | 5,98 |  |  |  | 8,1 | 105 |  |  |  | 1,37 | 1,55 |
| 05.02 |  | 6,0 | 3,06 | 0,9 | 3,65 | 5,7 |  |  | 22,7 | 5,4 |  |  |  |
| 08.02 | 128 | 5,06 | 2,05 | 1,03 | 3,09 | 3,9 | 4,6 | 86 | 12,4 | 3,0 | 15,0 | 0,41 | 0,58 |

02.02.18 ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл Т4св – 14,4 ( 10-25)

08.02.18 К – 4,0 ; Nа –140 Са++ - 1,18С1 -105 ммоль/л

05.02.18 Коагулограмма: АЧТЧ 277 МНО 0,97 ПТИ 102 фибр 2,7

02.02.18 С-пептид – 3,3 ( 0,69-2,45) инсулин 13,8 (1,1-17,1) индекс НОМА 6,9 ( <1.8)

### 02.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

05.02.18 Суточная глюкозурия – 1,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.02.18 Микроальбуминурия – 34,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.02 | 16,7 | 15,8 | 7,5 | 11,3 |
| 03.02 | 11,6 | 10,9 | 11,1 | 8,9 |
| 04.02 | 12,3 | 15,6 | 10,1 | 9,1 |
| 06.02 | 10,5 | 9,5 | 7,9 |  |
| 07.02 | 12,1 | 8,8 |  |  |
| 08.02 | 8,4 | 8,2 |  |  |
| 10.02 | 7,0 | 4,5 | 7,0 |  |

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

08.02.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Справа выраженная деколорация, гр. четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, вены уплотнены, в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Частичная атрофия зрительного нерва ОД

01.02.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево.

07.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0.

06.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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.

07.02.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных незначительно выраженной гепатоспленомегалии , диффузных изменений паренхиме печени, деформации застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений в поджелудочной железы, ед, микролитов в обеих почках.

06.02.18 осмотр совместно с Зав. отд. Фещук. И.А. доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано.

01.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =17,1 см3; лев. д. V = 13,7 см3

Перешеек –1,13 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,4 см. В пр доле н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,84\*0,91 см. В левой доле узел не визуализируется.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли

Лечение: нолипрел форте, тиогамма турбо, актовегин ,мильгамма, стеатель, нуклео ЦМФ, Тожео, Эпайдра, , форксига

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога 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
4. Инсулинотерапия: Тожео п/уж -30 ед., Эпайдра п/з 12 ед, п/о 12 ед, п/у 12 ед, (приобретает самостоятельно данные виды инсулина). Медицинских показаний к применению аналогов нет, однако, учитывая настойчивое желание пациента, отказ от введения генно-инженерных видов инсулина возможно применение инсулина Тожео и Эпайдра при условии самостоятельного приобретения. При согласии пациента возможен перевод на Фармасулин НNP п/з 24 ед, п/у 8 ед, (дозы инсулина подобраны во время стац лечения в ОКЭД 02.2016). При переходе на генно-инженерные виду инсулина показана повторная госпитализация в эндокриндиспансер для коррекции их дозы.

Форксига 10 мг 1р/д.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипренл би-форте 1т 1р/д, контроль АД.
5. Гептрал 500 мг 1-2р/д 2-3 нед. Контроль печеночных проб, АСТ, АЛТ в динамике. Конс гастроэнтеролога по м/ж ( взяты маркеры вирусного гепатита В и С, в работе)
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Конс ангиохирурга по м/ж
8. УЗИ щит. железы через 6 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит железы в плановом порядке

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.