#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1076

##### Ф.И.О: Блискавка Владимир Владимирович

Год рождения: 1947

Место жительства: пенсионер

Место работы: ин I гр.

Находился на лечении с 03.09.14 по 15.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Субатрофия глазного яблока ОД. Артифакия, авитрия OS. Фиброз стекловидного тела OS. Оперированная отслойка сетчатки. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш ст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст., ампутационная культя 1-II п левой стопы. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП II ст. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. П/инфарктный кардиосклероз АВ блокада 1 ст. СН 1 ф.кл II. ДЭП II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Легкое когнитивное снижение. Рецидив смешанного зоба. Узел правой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, отеки стоп, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 1998 в связи с прогрес. осложнениями переведен на инсулинотерапию: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2012 связи с прогрессирующим снижением зрения, неустойчивой гликемией, гипогликемическими состояниями переведен на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о-8 ед., п/у- 6ед., Лантус п/з – 33 ед. Гликемия –6,0-9,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 7 лет. В 2002 ампутация 1-II п лев стопы в связи с гангреной. Прогрессирующие снижение зрения с 1999, неоднократно оперирован в связи с отслойкой сетчатки, глаукомой, катарактой. В 1999 и в 2003 проведена лазеркоагуляция. Нефропатия в виде протеинурии с 2008, в течении 2 лет повышение уровня креатинина. В 2002 оперирован в НИИ эндокринологии г. Киева в связи с фолликулярной аденомы перешейка щитовидной железы. Заместительную терапию не принимает. С 2009 рецидив диффузного зоба. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.09.14 Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр –4,9 лейк – 5,3 СОЭ –2 мм/час

э- 1% п- 2% с- 71% л- 23 % м- 3%

04.09.14 Биохимия: СКФ –61,37 мл./мин., хол –4,0 тригл – 1,46 ХСЛПВП -0,99 ХСЛПНП -1,5 Катер -3,0 мочевина –10,0 креатинин –128 бил общ –12,9 бил пр – 3,2 тим –1,1 АСТ –0,49 АЛТ –0,13 ммоль/л; бил общ – 65,5

04.09.14 Глик. гемоглобин – 8,1%

15.09.14 тропонин - отр.

12.09.14 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/л

05.09.14 К –4,5 ; Nа – 137 Са- 2,49 ммоль/л

### 04.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-5 в п/зр белок – 0,039 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

05.09.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,203г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.09 | 7,4 | 5,4 | 8,7 | 9,5 |  |
| 08.09 | 5,8 | 8,5 | 6,5 | 3,7 | 4,0 |
| 13.09 | 5,4 | 6,7 | 9,7 | 8,3 | 7,8 |

09.09.Невропатолог: ДЭП II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Легкое когнитивное снижение. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш ст, сенсомоторная форма.

03.09.Окулист: VIS OD= 0 OS= светоощущение. ОД уменьшен в размерах. Тотальное помутнение роговицы. OS: Артифакия, остатки вторичной катаракты. Рефлекса с глазного дня нет. Детали не офтальмоскопируются. ВГД OS = 19. Д-з: Субатрофия глазного яблока ОД. Артифакия, авитрия OS. Фиброз стекловидного тела OS. Оперированная отслойка сетчатки.

03.09.14ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, единичная суправентрикулярная экстрасистолия. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка с «перегрузкой». АВ блокда 1 ст. неполная блокада ПНПГ.

08.09.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение коронарного кровообращения верхушечно-боковой области.

09.09.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия АВ блокадой 1 ст. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение коронарного кровообращения верхушечно-боковой области.

15.09.14ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый с АВ блокадой 1 ст. с единичной желудочковой экстрасистолой. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка с нарушение коронарного кровообращения верхушечно-боковой стенки левого желудочка. Изменение миокарда задней стенки ЛЖ ( коронарная недосточность? Рубец?).

12.09Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. п/инфарктный кардиосклероз АВ блокада 1 ст. СН 1 ф.кл II, Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

05.09.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст.

10.09.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, конкрементов в почках без нарушения урокинетики, умеренных изменений диффузного типа в паренхиме простаты с увеличением объема остаточной мочи.

03.09.014УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,7 см3; лев. д. V =8,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и многочисленными расширенными фолликулами от 0,3 до 0,9 см. В пр доле у заднего контур гидрофильный узел 1,22\*0,96 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы. Кисты обеих долей.

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма турбо, мильгамма, простатилен, актовегин 20,0 в/в кап, престариум, амлодипин, ласпирин, аторис.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст., загрудинные боли не беспокоят.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12ед., п/о-8-10 ед., п/уж -4-6 ед., Лантус п/з 33-35 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: престариум 2,5-5 мг веч., кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Дообследование ЭХО КС по м/ж. Наблюдение кардиолога по м/ж
8. Эналаприл 5 мг утром, амлодипин 10 мг 1т веч. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма (диалипон) 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.
10. Рек. невропатолога: глиятон 100 мг в/м № 10.
11. ТАПБ узла щит. железы с послед конс эндокринолога. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес.
12. Рек. окулиста: калия йодид 2% 2к 3р/д в OS.
13. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.