#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1192

##### Ф.И.О: Бахнар Виктор Васильевич

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Энергодар ул. Лесная 6 кв 87

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.09.14 по 09.10.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсомоторная форма. (ампутация II – Vпальцев правой стопы). Дисциркуляторная энцефалопатия II преимущественно в ВБС. Венозно-ликворная дисфункция. ХБП 1. Диабетическая нефропатия Ш. диабетическая ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения 1-II, СН 1 ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хронический гастродуоденит без болевых и диспепсического синдромов в стадии нестойкой ремиссии. Ассоциированный с Н-pylory с повышенной секрецией. Хронический гепатоз НФП 1 ст. Хроническая спленомегалия. ДГПЖ 1 ст. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2009 инсулинотерапия. Ранее принимал Генсулин Н. С 2012 назначен Инсуман Базал.

В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 46ед., п/у- 34ед, Сиофор 1000 мг веч. ( дозу инсулина увеличил самостоятельно) при выписке из ОКЭД в 2012 подобран инсулин Базал п/з 18-20 ед, п/у 4-6 ед. Гликемия –6,5-10,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к с 1990г. В 2006 удален II-V палец пр стопы по поводу гангрены. В 2012 проведено бедренно- берцовое шунтирование слева. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел 2,5 мг утром, кардиомагнил 75 мг веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.09.14 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр – 4,3 лейк 6,1– СОЭ –15 мм/час

э- 1% п- 1% с- 64% л-26 % м- 8%

30.09.14 Биохимия: СКФ –96,6 мл./мин., хол –2,6 тригл -1,62 ХСЛПВП -0,86 ХСЛПНП -1,0 Катер -2,0 мочевина –6,8 креатинин –98 бил общ –15,8 бил пр –3,9 тим –1,0 АСТ – 0,27 АЛТ – 0,71 ммоль/л;

### 30.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

01.10.14 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 03.1014 Микроальбуминурия –67,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 29.09 |  |  | 9,4 | 10,0 |
| 30.09 | 4,0 | 12,6 | 5,2 | 7,1 |
| 02.10 | 4,8 | 10,3 | 8,3 | 5,9 |
| 05.10 | 3,7 | 5,0 | 13,1 | 5,4 |
| 07.10 | 5,1 |  | 6,6 |  |

30.09Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II преимущественно в ВБС. Венозно-ликворная дисфункция. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсомоторная форма. (ампутация II – Vпальцев правой стопы).

Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6

Артифакия ОИ. Единичные микроаневризмы. Экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.09.14ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная.

Кардиолог12.2012: ИБС, стенокардия напряжения 1-II, СН 1 ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

01.10.14 Уролог: ДГПЖ 1 ст.

30.09.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.10Гастроэнтеролог: Хронический гастродуоденит без болевых и диспепсического синдромов в стадии нестойкой ремиссии. Ассоциированный с Н-pylory с повышенной секрецией. Хронический гепатоз НФП 1 ст. Хроническая спленомегалия.

30.09.14РВГ: Кровообращение сосудов н/к снижено Ш ст, тонус снижен.

01.10.14 УЗИ ОБП: Эхопризнаки гиперплазии предстателной железы

30.09УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,5 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная В лв доле в с/3 гидрофильный очаг 0,38 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гидрофильный очаг левой доли.

Лечение: нолипрел, торвакард, кардиомагнил, сиофор, омез, йодистый калий, окювайт лютеин, левостор, Инсуман Базал, нейробион, берлитион, актовегин, нуклео ЦМФ, цераксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, уролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-46 ед., п/уж -34 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 – веч.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Нолипрел по 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион 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.
6. Рек. невропатолога: цераксон 500 мг 2р/сут 1,5 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год.
8. Рек. окулиста: Йодистый калий 2% по 2к 3/д, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, омез 1к 1р/д 2 нед, офор 1т 2р\д 7 дней, пробаз 1к 2р\д 10 дней, смарт омега 1кап. \*1р/д. 10 дней, урсохол 2к на ночь 2 нед.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.