#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1307

##### Ф.И.О: Басараб Алексей Петрович

Год рождения: 1943

Место жительства: Пологовский р-н г. Пологи ул. Лермонтова 2а

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 21.10.14 по 03.11.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта OS. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ Шст. Трофическая язва пяточной области слева. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. ДЭП Ш. Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта (2009) в виде правосторонней пирамидной недостаточности. Вестибуло-атактический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1 ст. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при физ. нагрузке, пастозность голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 09.2014 в связи с декомпенсацией СД амбулаторно переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-6 ед., п/о- 8ед., п/у-10 ед., 22.00 – 9-10 ед.

Гликемия –10-17 ммоль/л. НвАIс -15,1 % от 05.09.14. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает тонорму Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.10.14 Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр –4,5 лейк –4,3 СОЭ – 27 мм/час

э- 2% п- 3% с- 64% л- 27% м- 4%

22.10.14 Биохимия: СКФ –72 мл./мин., хол –4,75 тригл -1,97 ХСЛПВП -1,05 ХСЛПНП -2,80 Катер -3,5 мочевина –5,4 креатинин – 102 бил общ –10,0 бил пр – 2,5 тим –1,5 АСТ –0,14 АЛТ –0,22 ммоль/л;

31.10.14ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 204,4 (0-30) МЕ/мл

### 22.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,134 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

23.10.14 Суточная глюкозурия –4,2 %; Суточная протеинурия – 0,080

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.10 |  |  | 15,0 | 14,2 | 12,2 |
| 22.10 | 9,5 | 15,0 | 15,6 | 13,7 | 14,6 |
| 23.10 | 10,0 |  | 15,3 | 16,7 |  |
| 24.10 | 10,9 | 14,3 | 12,0 | 12,5 |  |
| 25.10 | 10,8 | 10,4 | 10,7 | 10,4 |  |
| 26.10 | 8,0 | 11,8 | 10,3 | 11,7 |  |
| 28.10 | 7,7 | 9,7 | 8,5 | 10,5 |  |

24.10.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. ДЭП Ш. Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта (2009) в виде правосторонней пирамидной недостаточности. Весибуло-атактический с-м.

30.10.14Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены неравномерно расширены. Ретинальные гемморагии, микроаневризмы, экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта OS.

23.10.14ЭКГ: ЧСС – 80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, желудочковая экстраситолия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная.

27.10.14 На р-гр пр. пяточной кости определяется обызвествление в области ахиллова сухожилья, характерно для верхней пяточной «шпоры»

22.10.14Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

12.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.10.14 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ Шст. Трофическая язва пяточной области слева.

23.10.14РВГ: Нарушение кровообращения справа – IIст слева - П ст. тонус сосудов N.

21.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,2 см3; лев. д. V = 7,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: бисопролол, сиофор, эналаприл, индапрес, предуктал MR, кардиомагнил, торвакард, амлодипин, Фармасулин Н п/к, Фармасулин НNР п/к, армадин в/м, глиятон в/м, витаксон в/м, актовегин в/в.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Трофическая язва пяточной области левой стопы практически зажила.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-14 ед., п/уж -12 ед., Фармасулин НNР п/з- 30ед., п/уж 20- ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 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. Рек. кардиолога: бисополол 2,5 мг 1р\д, амлодипин 5-10 мг 1р\д. тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
2. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап.
3. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес.
4. Рек. окулиста: Оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на ОД.
5. Рек. хирурга: продолжить перевязки с бетодином на обл трофической язвы пяточной области левой стопы.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.