#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 916

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

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Запорожье булл. Центральный 25-77

Место работы: Редакция газеты « Индустриальное Запорожье» , редактор по спорту

Находился на лечении с 29.07.15 по 11.08.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м. ИБС диффузный кардиосклероз, наджелудочковая экстрасистолия СН 1. САГ II ст. Левосторонний коксоартроз Ш ст, болевой с-м, нарушение функции.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в левом тазобедренном суставе, ограничение движения, нарушение опорной функции на левую н/к, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. Весь период заболевания принимал ССТ Амарил 2 мг утром, метамин 850 мг 1р/д. Гликемия амбулаторно 13-15 ммоль/л. 20.07.15 госпитализирован в отделение артрологии и ортопедии ЗОКБ с диагнозом «Левосторонний коксоартроз Ш ст, болевой с-м, нарушение функции». Учитывая уровень гликированного гемоглобина 9,9% от 28.07.15. Планируемое оперативное лечения по замене левого тазобедренного сустава в впервые переведен на инсулин короткого действия Актрапид НМ (Хумодар РР) п/з – 12 ед, п/о – 10 ед, п/у – 8 ед. 22.00 Хумодар Б100Р ( Протафан НМ) 16-18ед. (в реестре на данных видах инсулина не значится). Для дальнейшего подбора инсулинотерапии переведен в обл. энд. диспансер. Повышение АД в течении 2х лет, гипотензивную терапию не получает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.08.15 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр –4,1 лейк4,3 СОЭ – 8 мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

30.07.15 Биохимия: СКФ –66,7 мл./мин., хол – 3,4тригл -1,98 ХСЛПВП -0,97 ХСЛПНП – 1,53Катер -2,5 мочевина –6,6 креатинин – 115 бил общ –17,5 бил пр –43 тим – 2,5 АСТ – 0,3 АЛТ – 0,4 ммоль/л;

28.07.15 Глик. гемоглобин – 9,9%

### 30.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

31.07.15 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.07 |  |  | 11,2 | 7,8 | 8,1 |
| 30.07 | 9,2 |  | 6,8 | 10,9 |  |
| 31.07 | 8,9 | 10,7 |  |  |  |
| 01.08 | 11,2 | 11,9 | 6,6 | 7,8 |  |
| 04.08 | 6,8 | 7,1 | 9,9 | 8,0 |  |
| 05.08 |  | 6,4 | 6,7 |  |  |

30.7.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма.

31.07.15Окулист: (осмотр в палате)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II.. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

29.07.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Единичная суправентрикулярная экстрасистолия. Гипертрофия ЛЖ.

26.07.15Кардиолог: ИБС диффузный кардиосклероз, наджелудочковая экстрасистолия СН 1. САГ II ст.

31.07.15РВГ: Нарушение кровообращения справа I ст., слева II ст, тонус сосудов повышен

29.07.15травматолог(выписной эпикриз КУ ЗОКБ№ 12744) Левосторонний коксоартроз Ш ст, болевой с-м, нарушение функции.

05.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2см3; лев. д. V = 6,1 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, нолипрел форте, аторис, аспирин кардио, лизиноприл, нейробион, диалипон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта , кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-18-20 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -8-10 ед., Инсуман Базал 22.00 16-18 ед. (схема инсулинотерапии подобрана на период оперативного лечения, послеоперационный период. по поводу ТЭП левого тазобедренного сустава). Повторная госпитализация в ОКЭД после оперативного лечения и восстановительного периода для коррекции схемы инсулинотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: аспирин кардио 100 мг 1р\сут, предуктал MR 1т 3р/д, престариум 2,5-5 мг

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Дилипон 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.
2. Рек травматолога: наблюдение ортопеда-травматолога по м\ж, оперативное лечение в плановом порядке. ТЭП левого тазобедренного сустава.
3. Б/л серия. АГВ № 234938 с 29.07.15 по 11.08.15. К труду 12 .08.15.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.