#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1189

##### Ф.И.О: Апанаскович Виктор Васильевич

Год рождения: 1952

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Володарского 320-27

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 01.10.15 по 15.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Ш ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. СПО ампутация 1п правой стопы. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Узловой зоб 1 ст ,Узел левой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП: диаглизид. диаформин. 05ю2015 произведена ампутация 1 п правой стопы, в связи с чем назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: диаглизид МР 30 2т утром, диаформин 500 1т 2р/д . Фармасулин Н п/у15 ед. Гликемия –8,4-12,0 ммоль/л. НвАIс – 8,8 % от 27.09.15. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол, азомекс. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.10.15 Общ. ан. крови Нв – 168 г/л эритр –5,0 лейк –6,8 СОЭ –14 мм/час

э- 1% п- 2% с- 56% л- 39 % м- 2%

05.10.15 Биохимия: СКФ –103 мл./мин., хол –5,6 тригл – 2,01ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП – 3,7Катер -4,5 мочевина –3,9 креатинин –93,6 бил общ – 10,0 бил пр –2,5 тим –8,2 АСТ – 0,27 АЛТ –0,56 ммоль/л;

09.10.15 ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

09.10.15 К – 4,6 ; Nа – 133 ммоль/л

### 02.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,045 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

06.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

05.10.15 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.10.15 Микроальбуминурия – 171,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.10 |  |  | 9,9 | 9,7 |
| 02.10 | 8,7 |  | 7,7 |  |
| 04.10 | 9,6 | 10,7 | 7,5 | 8,8 |
| 07.10 | 9,1 | 7,5 | 7,6 | 8,6 |
| 08.10 |  | 8,5 | 8,1 |  |
| 10.10 | 7,0 | 13,6 | 12,4 | 10,7 |
| 12.10 |  | 14,0 | 7,7 | 10,3 |
| 13.10 | 8,9 | 9,4 | 10,5 |  |
| 14.10 | 7,0 | 8,8 | 7,4 | 7,4 |

09.10.15 произведено ТАПБ узла щит. железы.

01.10.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Шст

01.10.15Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,7 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.10.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блока 1 ст. Диффузные изменения миокарда.

08.10.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

06.10.15 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ IV. СПО ампутация 1п правой стопы.

02.10.15 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.10.15РВГ: Нарушение кровообращения справа -III ст. слева – II ст. тонус сосудов повышен.

06.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V = 7,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В лев. доле в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,14 \*0,86 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: узел левой доли.

Лечение: берлитион, актовегин, витаксон, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, бисопролол, азомекс, диаглизид, диаформин, индапрес, розувастатин, аспирин кардио, азомекс, нолипрел форте.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-8-10ед. Инсуман Базал п/з 36-38 ед, .

ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*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 (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Бисопролол 5 мг утром, индапрес 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 2р. в год. Контр ТТГ, кальцитонин 1р в год. Явка с результатами ТАПБ к эндокринологу.
7. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д.
8. Рек хирурга: перевязки с Н2О2, йоддицирином.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.