#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1257

##### Ф.И.О: Бабак Анатолий Евдокимович

Год рождения: 1949

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка ул. Чкалова - 30

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.09.17 по 22.09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия Ш сочетанного генеза ( дисметаболическая, сосудистая) легкий правосторонний гемипарез, вестибуло-атактический с-м. Незрелая катаракта ОИ. ДГПЖ 1- II ст. хроническая задержка мочи. Хрочниеский пиелонефрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на боли в ногах, онемение, головокружение головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (Диабетон MR, сиофор). С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Комб п/з- 36 ед., п/у- 12ед., сиофор 1000мг 2р/д Гликемия –11-12 ммоль/л. НвАIс -9,2 % от 28.08.17 . Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.08 | 176 | 5,1 | 7,0 | 7 | 2 | 4 | 60 | 28 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.09 | 76 | 4,42 | 1,95 | 1,33 | 2,19 | 2,3 | 4,6 | 96 | 16,1 | 4,0 | 2,4 | 0,1 | 0,1 |

12.09.17 Анализ крови на RW- отр

14.09.17ТТГ –0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

12.09.17 К – 3,83 ; Nа –135 Са++ -1,07 С1 - 100 ммоль/л

### 12.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,039 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

14.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 22500 эритр - 250 белок – отр

19.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 37500 эритр - 250 белок – отр

20.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 35500 эритр - 500 белок – отр

19.09.17 Суточная глюкозурия – 1,09%; Суточная протеинурия – 0,073

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.09 | 6,3 | 13,5 | 7,7 | 9,6 |  |
| 16.09 | 7,4 | 8,7 | 10,3 | 11,7 |  |
| 19.09 |  | 6,9 | 7,9 | 4,9 |  |
| 20.09 | 5,6 |  |  |  |  |

15.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Дисциркуляторная энцефалопатия Ш сочтенного генеза ( дисметаболическая, сосудистая) легкий правосторонний гемипарез, вестибуло-атактический с-м. МРТ головного мозга, кардиомагнил 75 мг ,актовегин 10,0 в/в №10 , келтикан 1т 3р/д мес.

18.09.17Окулист: Негомогенное помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты. Склерозированы. Вены неравномерного калибра, полнокровны. С-м Салю 1-II ст. Единичные микроаневризмы. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек: оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на ОИ в плановом порядке.

11.09.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. неполная блокада ПНПН.

14.09.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Рек. кардиолога: хипотел 40 мг 1р/д контроль АД. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

14.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен . Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

21.09.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени, застоя в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ

21.09.17 Уролог: ДГПЖ 1- II ст. хроническая задержка мочи . рек: омник 1т 2/д № 30, простамэн-УНО 1т 1р/д№ 30 . для уточнения диагноза ПСА –общий + свободный.

11.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; лев. д. V =3,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Комб, тридуктан, диаформин, эналаприл, кокарнит, левофлоксацин, канадский йогурт

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст. сохраняется лейкоцитурия несмотря на проводимую а/б терапию

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Комб п/з-42-44 ед., п/уж - 12ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 нед.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами. кардиомагнил 75 мг веч.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,
5. МРТ головного мозга. УЗД МАГ,
6. Продолжить прием левофлоксацина 500 мг до 10-12 дней, флуконазол 50 мг 1р/д. Контроль ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В