#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1020

##### Ф.И.О: Бахмут Игорь Иванович

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Автострадная 105

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 17.07.17 по 21.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. С-м диабетической стопы (сустав Шарко пр. стопы). Посттравматический артроз пр. голеностопного с-ва R-o III НФС II ст. Диабетическая полинейропатия н/к. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, безболевая форма, постинфарктный кардиосклероз (2006, 2009) стентирование коронарных артерий ( 2015) СН1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Смешанная энцефалопатия, умеренно выраженный вестибуло-атактический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на Умеренную сухость во рту, периодически ощущение гипогликемических состояний в течение дня, общую слабость, быструю утомляемость, боли в мышцах обеих голеней больше справа, боль, отек, изменение конфигурации пр. г/стопного с-ва. одышку при ходьбе, шаткость, головокружении при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (новонорм, амарил, метформин). С 2007 в связи с декомпенсацией СД после перенесенного инфаркта миокарда переведен на инсулинотерапию: Лантус, + метформин. В наст. время принимает: Лантус п/з-78 ед., диаформин SR 1000 2р/д. гликемия 8-10 моль/л Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 15 лет. инфаркт миокарда 2006- 2009, стентирование коронарных артерий в 2015.Из гипотензивных принимает лозап 100 мг\сут ,кореол 25 мг\сут роксера 15 мг веч, кардиомагнил 75 мг, клопидогрель 75 мг. около месяца назад появились боли и отек в области пр. стопы и голеней, после дообследование был направлен в 10-ю гор больницу где находился с 30.60.17 оп 17.04.17 с диагнозом геморрагический васкулит, кожно-суставная форма, острое течение НФС II ст, где получал метипред ( доза неизвестна) гепарин, курантил, с чем связывает ухудшение компенсации СД и вышеуказанные жалобы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер по самообращению для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД. 17.07.17 во врем осмотра пациента на приемном покои, развилось состояние с потерей сознания, выраженной потливостью, судорожными подергиваниями пр. конечностей, что было расценено как гипогликемическое состояние, но при контроле гликемии 11 ммоль/л, сознание восстановилось.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 18.07 | 125 | 3,7 | 6,1 | 62 | 2 | 4 | 63 | 28 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 117 | 3,75 | 1,26 | 1,24 | 1,92 | 2,0 | 7,6 | 103 | 9,5 | 2,2 | 1,6 | 0,15 | 0,33 |

18.08.17 тромб - 220

18.07.17 тропонин - отр.

18.07.17 тропонин I <0.2 нг/мл ( <1,0)

19.07.17 тропонин I <0.2 нг/мл ( <1,0)

19.07.17 Глик. гемоглобин – 9.5%

20.07.17 С-реактивный белок 2+

18.07.17 К –4,45 ; Nа –138 Са - Са++ -1,22 С1 - 106 ммоль/л

### 18.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2. - в п/зр

19.07.17 Суточная глюкозурия – 1.5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.17 Микроальбуминурия – 29 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17/07 |  | 15.00-11,8 |  | 19,8 | 14,0 |
| 18.07 | 6,4 | 8,3 | 11,2 | 12,6 |  |
| 19.07 |  |  | 10,4 | 11,7 |  |

20.07.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды узкие умеренно извиты, вены полнокровны, ангиосклероз, с-м салюс 1, В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.07.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка.

18.07.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка.

19.07.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, безболевая форма, постинфарктный кардиосклероз (2006, 2009) стентирование коронарных артерий ( 2015) СН1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

19.07.17 Р- гр пр.стопы ( от 24.06.17)Остеопороз, склерозированы костей предплюсны и пяточной кости. Неравномерное сужение суставных щелей в костях предплюсны.

Рек. кардиолога: отменить курантил, продолжить клопидогрель75 мг, кардиомагнил 75 мг, предуктал MR 1т 2р\д, карведилол 6,25 1-2р/сут, лозап отменить. Контроль АД, ЭКГ.

18.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст

200.7.17 Консилиум в составе зав. диаб . отд. эндокриндиспансера Еременко Н.В, врач ревматолог ЗОКБ Курапатов Л.М,, врач кардиолог Шленский Б.А, врач -травматолог ОКБ Дрезицкий О.О. зав. хирургическим отд. конс. поликлиники ОКБ Кучеренко О.В. врач – невропатолог Постная Т.А.: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. С-м диабетической стопы (сустав Шарко пр. стопы). Посттравматический артроз пр. голеностопного с-ва R-o III НФС II ст. ИБС, без болевая форма, постинфарктный кардиосклероз (2006, 2009) стентирование коронарных артерий (2015) СН1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Смешанная энцефалопатия, умеренно выраженный вестибуло-атактический с-м. Рекомендовано продолжить проводимую терапию. Дообследование в условиях кардиологического отд. ЗОКБ ( КАГ, суточное мониторирование АД, ЭКГ,) олфен 2, 0в/м до № 5, миелоксикам 15 мг\сут, 10 дней, серрата 2т 2р\д 15 дней. ЭЭГ ( выполнено 20.07.17)УЗДС БЦА, МРТ головного мозга.

Лечение: Лантус, диаформин, кардиомагнил, клопидогрель, глюкоза 40%, - 60,0 однократно, предуктал MR, олфен, тиогамма, лозап, карведилол,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, утренняя гликемия удовлетворительна, отмечается умеренная постпрандиальная гипергликемия, но больной отмечает погрешности в питании ив течение дня. Уменьшились боли в пр. н/к, сохраняется отек пр. голеностопного сутсава, болезненность, изменений конфигурации. У больного АД в положении лежа 120/80-140/80 мм рт. ст. , при перемещение в вертикальное положение резкое снижение до 80/50-90/60 мм рт ст, сопровождающееся головокружением и бледностью лица. Гипогликемических состояний не отмечено, приступы потери сознания не рецидивировали.

Рекомендовано:

1. Перевод в кардиологическое отд. ОКБ согласован с зав. отд Литвиненко
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус 76-78 ед,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут. при сохраняющейся постпрандиалной гипергликемии, Актрапид НМ п/о 6-8 ед, п/у 6-8 ед.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В