#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 516

##### Ф.И.О: Писаренко Анатолий Андреевич

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье ул. Дзержинского 54-23

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 11.04.18 по 23.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 32,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. ДЭП Ш ст смешанного генеза, постинфарктные кистозно-глиозные изменения левой гемисферы мозжечка, кисты в проекции моста ( по данным МРТ), легкий вестибуло-ататкический с-м. ИБС: постинфарктный (2011) кардиосклероз. КАГ (25.10.17). Состояние после АКШ. (аутовенной 1ВТК, 2ДА и ПМЖА в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиоплегии). Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск 4. СН 1. Ф.кл II

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, снижение веса на 10 кг за 5 мес , ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение и снижение чувствительности в н/к, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001 г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (манинил). С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Генсулин Н, затем Инсуман Базал В связи с отсутствием инсулина по м/ж в 2016 переведен на Инсулар Стабил, Инсулар Актив. Получал Инсулар Стабил п/з 40-42 ед, Инсулар Актив п/з 28-30 ед. + амарил 3 мг веч. Во время оперативного лечения (АКШ - 2017) был переведен на дробное введение Инсулар Актив: п/з 14 ед, п/о 8 ед, п/у 8ед. и в 22.00 8 ед, Инсулар Стабил 22.00 - 16 ед. В течение последнего месяца самостоятельно изменил схему введения инсулина, в наст. время принимает: Инсулар Актив п/з-15 ед., п/о-15 ед., Инсулар Стабил п/з 20 ед, п/о 20 ед + амарил 3 мг веч.. Гликемия –3,8-14,6 ммоль/л. НвАIс – 6,8 % от 28.02.18. Последнее стац. лечение в 2016г. В 2016 - троф. язва на левой стопе. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: инфаркт миокарада – 2011. Ишемический инсульт - 2014. Повышение АД в течение 17 лет., 07.11.17 – АКШ. Постоянно принимает престариум 10 мг веч, бисопролол 10 мг утром, небилет 5 мг утром, дигоксин 0,25 1/2т веч, аторвастатин 40 мг веч ,клопидогрель 75 мг, магникор 75 мг веч, трифас 10 мг ¼ т утром, миасер 30 мг 1т веч . кетилепт 1т веч. АИТ с 2012, АТТПО – 180,2 (0-30) от 2012.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.04 | 170 | 5,0 | 7,5 | 2 | | 229 | | 1 | 2 | 69 | 27 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.04 | 71,6 | 4,72 | 4,04 | 0,95 | 1,92 | | 4,0 | 6,7 | 107 | 9,8 | 2,4 | 3,9 | | 0,26 | 0,5 |

11.04.18 Глик. гемоглобин – 8,7%

13.04.18 ТТГ –1,8 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл

12.04.18 К – 4,49 ; Nа – 139 Са++ -1,13 С1 - 100 ммоль/л

13.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-111 мкмоль/л; креатинин мочи- 8910 мкмоль/л; КФ-53,4 мл/мин; КР- 98,3 %

### 12.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

13.04.18 Суточная глюкозурия – 0,55 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.04.18 Микроальбуминурия –35,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.04 | 10,2 | 7,4 | 6,6 | 7,4 |
| 13.04 | 10,4 |  |  |  |
| 16.04 | 10,4 | 9,7 | 8,2 | 7,6 |
| 17.04 | 5,8 |  |  |  |
| 19.04 | 8,4 | 8,1 | 7,6 | 7,4 |

19.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП Ш ст смешанного генеза, постинфарктные кистозно-глиозные изменения левой гемисферы мозжечка, кисты в проекции моста ( по данным МРТ), легкий вестибуло-ататкический с-м. Рек: УЗДС МАГ; АСК, статины под контролем липидограммы ; вестибо 24 мг 2р/д, церебрлизин 10,0 в/в, сермион 30 мг 1р/д 1 мес. .

12.04.18ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная . Гипертрофия левого желудочка.

16.04.18Кардиолог: ИБС: постинфарктный (2011) кардиосклероз. КАГ (25.10.17). Состояние после АКШ. (аутовенной 1ВТК, 2ДА и ПМЖА в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиоплегии). Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск 4. СН 1. Ф.кл II

Рек. кардиолога: престариум 10 мг 1р/д, бисопролол 10 мг 1р/д, трифас 5 мг 1р/д, эплепрес 25 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, клопидогерль 75 мг веч.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

13.04.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

12.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Лечение: Инсулар Стабил, метамин, предуктал MR, катопрес, тиогамма туррбо , витаксон, престариум 10 мг веч, бисопролол 10 мг утром, небилет 5 мг утром, дигоксин 0,25 1/2т веч, аторвастатин 40 мг веч ,клопидогрель 75 мг, магникор 75 мг веч, трифас 10 мг ¼ т утром, миасер 30 мг 1т веч . кетилепт 1т веч.

Состояние больного при выписке: гликемия в пределах субкомпенсированых значений, сухость во рту, жажда не беспокоит, уменьшились боли и онемение в н/ к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, невролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 8,5%
4. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з-26-28 ед., п/уж 26-28 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 40 мг 1т веч с контр. липидограммы 1р в 6 мес .
3. Продолжить прием: престариум 10 мг веч, бисопролол 10 мг утром, небилет 5 мг утром, дигоксин 0,25 1/2т веч, ,клопидогрель 75 мг, магникор 75 мг веч, трифас 10 мг ¼ т утром или эплепрес 25 1т натощак. предуктал MR 1т 2р/д
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес ,вестибо 24 мг 1т 2р/д 1 мес ,сермион 30 мг 1т веч 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. УЗДС МАГ В плановом порядке.
7. ЭХОКС 1р/год. Контроль АД, ЧСС, ЭКГ.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.