#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1077

##### Ф.И.О: Бахнар Виктор Васильевич

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Энергодар, ул.Лесная 6, кв 87

Место работы: пенсионер, инв.II гр, ЧАЭС

Находился на лечении с 16.08.18 по 28.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к н/кII ст. Хр.ишемия II Б правой. СПО (2012г-бедренно-берцовое шунтирование слева. СДС, смешанная форма 0 ст. ампутациеонные культи I-IV п. правой стопы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 32,2 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 0-I ст, узел правой доли, эутиреоидное состояние. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая,сосудистая), вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м. ИБС: стенокардия напряжения ФК I-II, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хр.простатит. Дизурический с-м.

Жалобы при поступлении на усиление сухости во рту, жажды в течение последних 2-х недель, ухудшение зрения, судороги в икроножных мышцах, боли, онемение и снижение чувствительности в н/к, шум в голове,

повышение АД макс. до 160/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение при перемене положения тела в пространстве.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП(амарил, сиофор, диабетон). В 2005-2006 ампутации 1-IV п. правой стопы (хирургическое отд. ОКБ, хирургич. отд. ЦРБ). Флегмона левой пяточной области в 2006. Бедренно-берцовое шунтирование слева в 2012. С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Инсуман Базал 2 раза в сутки+метформин. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з-50 ед., п/у- 38ед. Сиофор 1000 мг 2 р/д. Гликемия –10,5-12,8 ммоль/л. НвАIс -8,7 % от 19.04.18 Последнее стац. лечение в ЗОЭД в 2016г, получал курс метаболической терапии в 2017г в т/о по м/ж. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД с 2005г. Постоянно принимает диакордин 90 ретард 1 т 2р/д, хипотел 80 мг 1 т вечер, магникор 75 вечер, торвакард 20 мг 1 т вечер, омега-3- 1 капс вечером. С 2004г. в щитовидной железе гидрофильный очаг. ТТГ (2016г)-0,5 (0,4-4,0) Мме/мл;

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.08. | 144 | 4,4 | 6,8 | 15 | | 198 | | 2 | 2 | 69 | 25 | | 2 | | |
| 27.08 |  |  |  | 15 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.08. | 70,2 | 4,57 | 2,19 | 1,27 | 2,29 | | 2,6 | 7,5 | 106 | 11,4 | 2,8 | 1,7 | | 0,44 | 1,05 |
| 27.08 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,0 | 2,3 | 1,32 | | 0,14 | 0,39 |

17.08.18 Глик.гемоглобин 8,6%

17.08.18ТТГ – 0.6 (0,3-4,0) Мме/мл;

17.08.18 К – 3,56 ; Nа –147 Са++ -1,11 С1 -104 ммоль/л

### 17.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –3-5 в п/зр белок – 0,03 ацетон –отр; эпит. пл. -ед , грибки

### 20.08.18 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 23.08.18 Микроальбуминурия –45,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.08 | 4,9 | 12,9 | 8,8 | 9,0 |  |
| 18.08 | 4,9 | 7,6 | 6,9 | 9,5 |  |
| 23.08 | 5,5 |  |  |  |  |

20.0818 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1-2 ст, смешанного генеза ,церебрастенический с-м, вестибуло-атактический с-м. р-но: а-липоевая кислота 600 в/в, медотилин 1г на 100,0 в/в кап №7, келтикан 1 к 3 р/д, сермион 30 мг 1 т вечер-1 мес.

17.08.18 Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 1,0 ;

ОИ-артифакия. Гл. дно: артерии сужены, вены расширены. сосуды извиты, склерозированы. Салюс I-II. Микроаневризмы, экссудаты, переливчатость. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ.

16.08.18ЭКГ: ЧСС – 70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена .

20.18.18Кардиолог: . ИБС: стенокардия напряжения ФК I-II, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Р-но: КАГ, ЭХО-КС, предуктал 1 т 2р/д, аспирин кардио 100 1т, дилтиазем ретард 90 1 т 1р/д, нолипрел 1 т 1р/д.

21.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр.ишемия II Б правой. СПО (2012г-бедренно-берцовое шунтирование слева. СДС, смешанная форма 0 ст. ампутациеонные культи I-IV п. правой стопы.

22.08.18 Уролог: Хр.простатит, дизурический с-м. флосин 1 т 1р/д-30 дней утром, просталин-уно 1т 1р/д 30 дней (вечер)

17.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к слева снижено 1 ст, справа-возрастная норма. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов нарушена.

16.08.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб.ангиопатии артерий н/к, стено-окклюзивного атеросклероза. Состояние после операции бедренно-подколенного шунтирования слева.

20.08.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2й ст с увеличением левой доли и селезенки ; застоя в желчном пузыре, фиброзрования в паренхиме поджлудочной железы , диффузных изменений в паренхиме предстательной железы. (протокол на руках)

16.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 6,0 см3

Железа не увеличена. Контуры ровные. Эхоструктура и эхогенность обычные . В левой доле в с/3 расширенный фолликул 068\*0,45 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: коллоидная киста левой доли.

Лечение: инсуман Базал, сиофор, хипотел, диакордин ретард, асафен, вазилип, пирацетам, диалипон, тивортин, укрлив, лесфаль.

Состояние больного при выписке: Общее состояние несколько улучшилось, дозы инсулина не изменены, гликемия в пределах целевого уровня, несколько , уменьшились боли в н/к, отмечается положит.лабораторная динимика (уменьшение уровня печеночных трансаминаз). АД 130/80-140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 50-52 ед., п/уж -38-40 ед.,
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Рек. кардиолога: КАГ, ЭХО-КС в плановом порядке.
9. Гипотензивная терапия: Хипотел 80 мг 1 т утром, диакордин ретард 90 1 т 1р/д, лоспирин 75 1 т вечер, предуктал MR 1т 2р/д. Контр. АД.
10. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.-1 мес, сермион 30 1 т вечер-1 мес, укрлив 250 мг 2 т на ночь-3-4 мес, плестазол 100 мг 1 т 1р/д-длительно.
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Диета, богатая йодом.
12. Соблюдение рекомендаций уролога (см.выше)
13. Контроль СОЭ в динамике, маркеры вирусных гепатитов «В» и «С»

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.