#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 890

##### Ф.И.О: Босый Леонид Стефанович

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье ул. Сытова 15а - 7

Место работы: пенсионер инв войны Ш гр Сер Б№ 094223, ЧАЭС кат 1 сер А 038838

Находился на лечении с 02.07.18 . по  13.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS Миопический астигматизм. Начальная катаракта, Эндокринная офтальмопатия средней степени, неактивная фаза ОИ. ДЭП II, сочетанного генеза ( дисметаболическая, гипертоническая). С-м вестибулопатии, умеренное когнитивное снижение, церебральный атеросклероз, церебральная атрофия. ИБС, п/инфарктный (2011) кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4. Грыжа ПОД? Хр. гастрит.

Жалобы при поступлении на тошноту, позывы к рвоте, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за 6 мес , ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния в утренние время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-20 ед., п/о- 16ед., п/у12- ед., Фармасулин НNP 22.00 26 ед, В 2017 во время стац лечения был переведен на 2х кратное режим инсулинотерапии в комбинации с препаратами метформинового ряда. . Со слов больного на 2х кратном режиме инсулина отмечает нестабильность гликемии в связи с чем эндокринологом по м/ж был переведен на интенсивную схему. Гликемия –5-12 ммоль/л. В 2011 перенес инфаркт миокарда. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает диокор 160, бисопролол 10 мг, аторвакор 40. В 1991 проведена субтотальня резекция жит железы по поводу ДТЗ. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 03.07 | 138 | 4,1 | 5,1 | 6 | |  | | 1 | 1 | 72 | 20 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 03.07 | 53,8 | 3,2 | 1,74 | 1,6 | 0,8 | | 1,0 | 5,9 | 121 | 21,8 | 3,2 | 0,75 | | 1,4 | 1,7 |
| 09.07 |  |  |  |  |  | |  | 4,23 | 94 |  |  |  | |  |  |
| 11.07 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 10,6 | 2,6 | 0,7 | | 1,1 | 1,27 |

04.07.18 Глик. гемоглобин – 7,1%

06.07.18 Анализ крови на RW- отр

06.07.18 ТТГ –2,1 (0,3-4,0) Мме/мл

03.07.18 К – 4,93 ; Nа –144 Са++ -1,25 С1 - 104 ммоль/л

09.07.18 АЧТЧ – 22,2 МНО 0,89 ПТИ 111 фибр 4,0

### 03.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

04.07.18 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 04.07.18 Микроальбуминурия –42,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.07 | 8,2 | 9,1 | 11,8 | 4,9 |  |
| 04.07 |  | 14,7 | 9,0 | 8,2 |  |
| 05.07 | 15,3 | 19,5 | 10,4 | 6,6 | 4,8 |
| 06.07 |  | 15,4 | 5,8 | 5,6 |  |
| 07.07 | 4,5 |  |  |  |  |
| 08.07 | 11,6 | 8,0 | 4,9 | 7,5 |  |
| 10.07 | 3,9 | 4,8 | 4,6 | 11,2 |  |
| 11.07 | 12,1 | 7,3 | 4,1 | 6,7 |  |
| 11.07 | 7,8 |  |  |  |  |

13.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). ДЭП II, сочетанного генеза ( дисметаболическая, гипертоническая). С-м вестибулопатии, умеренное когнитивное снижение, церебральный атеросклероз, церебральная атрофия.

11.07.18 Окулист: VIS OD= 0,2 н/к OS= 0,4 цил – 1,5 =1,0 ;.

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ОД в области ДЗН неоваскуляризация. ОИ артерии сужены ,вены расширены, неравномерного калибра, склероз , с-м Салюс 1 ст. микроаневризмы, ед. геморрагии. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS Миопический астигматизм. Начальная катаракта, Эндокринная офтальмопатия средней степени, неактивная фаза ОИ.

09.07.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

04.07.18Кардиолог: ИБС, п/инфарктный (2011) кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4.

02.07.18 Хирург: Грыжа ПОД? Хр. гастрит.

07.07.18 ФГДЭС: исследование провести не удалось т.к. пациент выдергивает эндоскоп изо рта.

03.07.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено справа, слева снижено 1 –II ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

27.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба желчного пузыря в н/3 тела и в области шейки

02.07.18 УЗИ щит. железы: Культя .пр доли - 1,7 см3 Культя .левой доли 4,8 см3

контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, лесфаль, бисопролол, клопидогрель, диокор, торадив, тиотриазолин, диалипон, цианокобаламин,

Состояние больного при выписке: Уменьшилась сухость во рту, жажда, боли в н/к на фоне проведенной коррекции инсулинотерапии гипогликемических состояний не отмечает АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин. Пациенту показан перевод на 2х кратный режим инсулинотерапии, учитывая риск гипогликемических состояний на фоне кардиальной патологии. Пациент категорически настаивает на продолжении введения инсулина в интенсивной схеме, предупрежден о возможных осложнениях, имеется подпись в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-18 ед., п/о- 8-12ед., п/уж – 10-ед., Фармасулин НNP 22.00 22-24 ед. При согласии пациента повторная госпитализация в эндодиспансер с целью перевода на 2х кратный режим инсулинотерапии.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, клопидогрель 75 мг 1р/д, бисопролол 10 мг утром, нолипрел форте 1т 1р/д, трифас 10 мг 1р/д 3-4 дня. дообследование ЭХОКС Nt pro BNP
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек хирурга: ФГДЭС, КТ ОБП, р-скопия ОБП с барием, конс доц. Гайдаржи после дообследования От дообследования в условиях эндодиспансера отказался.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.