#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 805

##### Ф.И.О: Белостоцкий Александр Петрович

Год рождения: 1941

Место жительства: г. Запорожье ул. Копенкина 50- 20

Место работы: пенсионер, Инв Армии сер ААЖ № 123823

Находился на лечении с 11.06.18 . по  29.06.18 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. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта OS . Артифакия ОД. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (без даты). СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, смешанного генеза (дисметаболчиеская, атерослкеротическая, гипертензивная, в анамнезе ТИА) вестибуло-атактический с-м. цефалгический с-м. Лакураные постишемические кисты в проекции базальных ядер ( по МРТ от 26.05.18). Диффузный зоб 1 ст Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду к вечеру, учащенный ночной диурез, общую слабость, головкружение, шаткость при ходьбе, отеки н/к, эпизодически чувство голода, дрожь в теле, снижение чувствительности в н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1983г. С начала заболевания диетотерапия – 3 года, затем принимал ССТ (манинил, амарил). С 2003 на инсулинотерапии Фармасулин НNP непродолжительный период, затем в связи с неустойчивой гликемией и плохой переносимостью был переведена на Лантус. Течение лабильное. В анамнезе (со слов родственников) 2015 – гипогликемическая кома. 09.05.18. со слов родственников не отвечал на телефонные звонки , утром 10.05.18 найден в доме без сознания , вызвана СМП, глюкоза крови 1,1 ммоль/л, вводилась 40 % глюкоза, после чего пришел в сознание, но отмечалось нарушение речи. Был осмотрен неврологом, терапевтом. Для исключения ОНМК рекомендовано МРТ головного мозга. 11.05.18 при попытке пробужения не реагировал, вызвана СМП глюкоза крови 1,5 ммоль/л, была введена 40% глюкоза. 26.05.18 по МРТ головного мозга МРТ-признаки множественных сосудистых очагов лобно-темянной области с 2х сторон – проявление дисциркуляторной лейкоэнцефалопатии, на фоне умеренно выраженной церебральной атрофии. Лакурные постишемические кисты в проекции базальных ядер. Извитость ПА. С 01.06.18-.11.06.18 стац лечение в военном госпитале (получил курс: тиоцетам ,винпоцетин, фуросемид ,аспаркам, лира, неовитан, вестинорм). Продолжал вводить Лантус в дозе 24 мг утром. При контроле гликемии отмечалось снижение гликемии натощак до 3,1 ммоль/л с послед. гипергликемией до 22,5 ммоль/л во 2 половине дня. Последнее стац лечение в ЗОЭД 2004. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез Жизни: повышение АД много лет, принимает эналаприл 10 мг утром, магникор 75 мг 1т веч..

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.06 | 151 | 4,5 | 4,0 | 19 | |  | | 1 | 1 | 75 | 22 | | 1 | | |
| 19.06 |  |  |  | 17 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 81 | 5,96 | 1,1 | 1,53 | 3,93 | | 2,9 | 2,8 | 81 | 16,9 | 3,1 | 0,79 | | 0,63 | 0,84 |
| 19.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 12,7 | 3,0 | 1,4 | | 0,41 | 0,63 |

12.06.18 Глик. гемоглобин – 9,3%

12.06.18 Анализ крови на RW- отр

13.06.18 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –26,0 (0-30) МЕ/мл

12.06.18 К – 4,2 ; Nа – 144,8Са++ -1,25 С1 -9,9 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ед; эпит. перех. - в п/зр, бактерии +

19.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 1000 белок – отр

13.06.18 Суточная глюкозурия –1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия –47,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.06 | 4,2 | 11,4 | 17,9 | 10,9 |  |
| 13.06 |  | 16,2 | 13,6 | 10,8 | 4,7 |
| 14.06 2.00-10,6 | 8,0 | 18,6 | 14,0 | 12,3 | 15,5 |
| 16.06 2.00-14,3 | 8,8 | 19,5 | 7,7 | 13,0 | 6,9 |
| 19.06 2.00-6,6 | 5,4 | 12,8 | 5,1 | 9,6 | 6,8 |
| 21.06 | 5,8 | 12,8 | 7,3 |  |  |
| 23.06 | 8,5 | 3,1 |  |  |  |
| 24.06 | 6,4 | 5,7 | 11,7 | 18,1 | 15,1 |
| 25.06 | 4,5 | 9,9 | 17,6 | 15,9 | 12,9 |
| 26.06 | 9,2 | 5,6 | 12,1 | 9,3 |  |
| 27.06 2.00-7,1 | 7,8 | 6,5 | 11,9 | 6,7 | 7,9 |
| 28.06 | 4,8 | 8,4 | 3,8 | 9,1 | 6,2 |

19.06.18 Окулист: В 2014 ФЭК + ОИЛ на ОД, ОД – артифакия. OS – негомогенное помутнение в хрусталике. Гл дно под флером. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Сдвиг СП в носовую сторону экскавация расширена до 0,5-0,6 ДД, ангиослкероз, с-м Салюс 1, вены расширены, сосуды извиты. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта OS . Артифакия ОД Рек: в плановом порядке ФЭК + ИОЛ на OS

08.06.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области. Удлинение эл. систолы.

18.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец перегородочной области.

12.05.18.Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (без даты) аортальный порок. СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, эналаприл 5-10 мг 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, КАГ по м/ж.

13.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

13.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы слева, справа снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к 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 незначительно нарушена.

21/06/18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст фиброзирования поджелудочной железы, краевой кисты левой почки.

11.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2 см3; лев. д. V =5,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Фармасулин Н, Эпайдра, торадив, дротаверин, эналаприл, неовитам, лира, вестинорм, асафен, трикард, АТФ лонг, каптоприл.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкоменсированных значений, гипогликемические состояния клинически не отмечает, сохраняется головокружение, шаткость при ходьбе, АД 120-140/80 мм рт. ст. В связи со склонность. К гипогликемическим состониям после введения Фармасулин Н и высоким риском повторных сердечно-сосдистых катастроф Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Эпайдру. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, 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: Эпайдра п/з-4-6 ед., п/о-1-3 ед., п/уж -4 ед., Лантус 8.00- 16-17 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, лоспирин 75 мг веч, трифас 10 мг 1т натощак 2-3 р/нед. Контроль АД.
8. Неовитан 1т 2р/д, 2 нед, лира 1т 3р/д 1 мес, вестинорм 16 мг 1т 3р/д, 1 мес трикард 1т 3р/д 1 мес
9. Наблюдение и лечение у невролога по м/ж
10. ФЭК + ИОЛ в плановом порядке на OS .
11. ЭХОКС, КАГ в планом порядке. Конс кардиолога по м/ж.
12. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р в год. Употребление продуктов богатых йодом
13. **С учетом когнитивного и мнестического снижения на фоне органической патологии головного мозга нуждается в контроле введения инсулина, проведена беседа с родственниками**

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.