#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 723

##### Ф.И.О: Дмитриков Сергей Николаевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Приморский р-н,с. Елизаветовка, пер. Первомайский.

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.05.17 по 02.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Незрелая катаракта, пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Диабетическая макулярной отек? Выворот нижнего века, незрелая катаракта OS. Ожирение I ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения1-II ф .кл п/инфарктный (2014) кардиосклероз. Аневризма в области рубца (верхушка межжелудочковая перегородка) . СН II А. ф. кд II (ФВ 40%). Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цефалгический с-м, Нейропатия лицевого нерва справа. Умеренный парез мускулатуры

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения OS, низкое зрения ОД, опущение н/века ОД, гиперемия конъюнктивы, слезотечение, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/115 мм рт.ст., головные боли, одышку при ходьбе, отеки голеней стопы. гипогликемические состояния в различное время суток, увеличение веса на 8-10 кг за 2 года.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома: гипогликемическая – 01.2015. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-22 ед., п/у- 18ед., Хумодар Б100Р п/з 38ед, п/у 22 ед. Гликемия –10,0 ммоль/л. НвАIс – 9,1 % от 19.04.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.05 | 136 | 4,1 | 5,8 | 4 | 1 | 0 | 69 | 28 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.05 | 108,9 | 8,4 | 1,36 | 1,27 | 6,5 | 5,6 | 4,4 | 92,4 | 15,1 | 3,7 | 3,1 | 0,24 | 0,35 |

16.05.17 Анализ крови на RW- отр

19.05.17 К – 3,65 ; Nа – 146Са - 2,42 ммоль/л

.05.17 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 16.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-1- в п/зр белок – 0,055 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

18.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,135

17.05.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,073

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.05 | 3,3 | 4,7 | 7,4 | 8,3 | 3,3 |
| 18.05 | 9,5 | 8,6 | 10,8 | 5,3 | 2,6 |
| 20.05 | 10,4 |  | 6,6 | 7,9 |  |
| 23.05 | 8,4 | 11,0 | 8,5 | 9,3 | 10,5 |
| 26.05 | 8,8 | 11,6 | 6,8 | 8,9 |  |
| 28.05 | 5,9 | 6,9 | 9,9 | 6,8 | 5,2 |
| 30.05 | 5,1 | 4,6 | 10,7 | 13,9 |  |
| 31.05 | 8,1 | 11,3 | 7,2 | 8,0 |  |
| 01.06 | 8,3 | 13.00-6,6 | 9,0 | 12,4 | 12,7 |
| 02.06 | 11,2 |  |  |  |  |

23.05.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цефалгический с-м, Нейропатия лицевого нерва справа. Умеренный парез мускулатуры. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение.

23.05.17Окулист: VIS OD= движение руки у лица OS= 0,2н/к ; ВГД OD=21 OS=20

ОД: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. неоваскуляризация, артерии сужены, вены расширены. Макулу детально не видно. OS . дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие по всему глазному дну микрогеморрагии, твердые и мягкие экссудаты. Артерии сужены, вены расширены. В макулярной области отек ? Д-з:. Незрелая катаракта ОД. пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Диабетическая макулярной отек? Выворот нижнего века, незрелая катаракта OS.

15.05.17ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочно-верхушечной области. Аневризма.

30.05.17ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочно-верхушечной области. Аневризма в области рубца..

25.05.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения1-II ф .кл п/инфарктный (2014) кардиосклероз. Аневризма в области рубца (верхушка межжелудочковая перегородка) . СН II А. ф. кд II (ФВ 40%). Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., еплепрес 25 мг 1р\сут, контроль уровня калия крови.

20.05.17ЭХО КС: По ЭХО КС: Уплотнение аорты, МК, АК. Увеличение полости ЛЖ, ЛП, ПП, обширный рубец с аневризмой в области верхушки и МЖП. Систолическая дисфункция ЛЖ. Митральная и трикуспидальная регургитация 1 ст.

16.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

17.05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов

17.05.17Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больного ВРВ н/к

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Генсулин Н, Генсулин Р, эналаприл, торсид, мильгамма, ипигрикс, луцетам, розукарт, эспа-липон, предуктал MR, хемопамид, тиогамма

Состояние больного при выписке: Компенсировать на фоне введение инсулинов Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р не удавалось, сохранялась неустойчивая гликемия, гипогликемические состояния, в связи с чем переведена на Генсулин Н, Генсулин Р. СД субкомпенсирован, гипогликемические состояния не отмечаются, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Уменьшились частота и интенсивность загрудинных болей, исчезли отеки н/к .

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р (пенф)п/з- 10-12ед., п/уж -10-12 ед., Генсулин Н (пенф) п/з- 26-28ед., 22.00 – 12-14 ед. ввиду низкой остроты зрения выдано 2 шприц ручки.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, торсид 48 мг 2-3 р\нед. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 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.
9. Рек. невропатолога: самомасаж лица
10. Наблюдение окулиста по м\ж, ОСТ макулярной области OS. затем решении вопроса об интравитральном введение анти-VEYF препаратов. Хирургическое устранение выворота нижнего века OS.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В