#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 779

##### Ф.И.О: Роднов Виктор Алексеевич

Год рождения: 1947

Место жительства: Васильевский р-н,с. Каменское, ул. Молодежная14

Место работы: пенсионер инв II гр

Находился на лечении с 26.05.17 по 07.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.. Глаукома ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. диабетическая стопа 0 ст, смешанная форма. состояние после операции ( 2013): ампутация 1, II п. правой стопы. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II А. II ф.кл. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). отдаленные последствия перенесенного инсульта (2005) в лев. гемисфере, правосторонняя пирамидная недостаточность, умеренно когнитивное снижение. Незрелая катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, отеки голеней стоп к вечеру, больше справа.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Хумодар Р100Р Хумодар Б100Р . В 2016 в условиях эндодиспансера переведен на Фармасулин НNP, Фармасулин Н В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 26ед., п/о- 20ед., п/у- 20ед., Фармасулин НNP 22.00 – 30 ед. Гликемия –10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к с начала заболевания в течение 5 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг утром, эналаприл 10 мг утром 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 |
| 26.05 | 184 | 5,5 | 5,9 | 9 | 0 | 3 | 69 | 25 | 3 |
| 06.06 | 155 | 4,6 | 5,3 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.05 | 77,6 | 4,9 | 1,36 | 1,13 | 3,1 | 3,3 | 5,2 | 100,1 | 21,8 | 5,4 | 1,3 | 0,62 | 1,26 |
| 02/06 |  |  |  |  |  |  |  |  | 14.1 | 3.6 | 3.4 | 0.58 | 0.85 |

02.06.17 тропонин < 0.2

### 26.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,190 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - едв п/зр

30.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -500 белок – 0,088

30.05.17 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – 0,31

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.05 | 4,3 | 7,1 | 5,0 | 7,3 | 7,8 |
| 28.05 | 4,0 | 4,5 | 5,1 | 3,9 | 9,3 |
| 31.05 | 5,3 | 6,8 | 4,0 | 5,3 |  |
| 04.06 | 4,6 | 9,8 | 8,3 | 10,8 | 10,6 |

25.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение Дисциркуляторная энцефалопатия II – Ш сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). отдаленные последствия перенесенного инсульта (2005) в лев. гемисфере, правосторонняя пирамидная недостаточность, умеренное когнитивное снижение.

06.05.17Окулист: ВГД ОД 25, OS 30 ОИ – негомогенные интенсивные помутнения в хрусталиках. Гл.. дно под флером. ОД ДЗН бледно розовый гр. четкие, экскавация 0,4ДД. OS. ДЗН серый, гр четкие сдвиг СИ в носовую сторону, экскавация 0,9 ДД. ОИ: ангиосклероз, с-м Салюс 1, вены значительно расширены, неравномерны, сосуды извиты по ходу сосудов единичные микрогеморрагии, микроаневризмы. Д-з Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Глаукома ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

25.05.17ЭКГ: ЧСС-60 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Суправентрикулярная экстрасистолия, периодами по типу бигемении. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Малый рост з.Р V1-3

01.06.17ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. очаговые изменения миокарда переднебоковой области ( отр. з. Т II аvl V6)

01.06.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Снижение SТ в V6 на 2 мм

01.06.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II А. II ф.кл. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: эплепрес25 мг, эналприл5-140 мг\сут, предуктал MR 1т 2р/д, клопидогрель 75 мг 1р\сут. контроль ЭКГ, АД, Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

25.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Ш ст . С-м диабетической стопы. 0 ст, смешанная форма. СПО ( 2013) ампутация 1, II п. пр. стопы. п/о вентральная грыжа ср. размеров, невправимая.

26.05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к слева снижено – 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. Затруднение венозного отток слева.

25.05.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V = 6,1 см3

Перешеек –0,28 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, тиоктодар, пирацетам, витаксон, кардиомагнил, амлодипин, витаприл, предуктал, тиогамма, клопидогрель

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, загрудинных болей не отмечает, нарушение ритма не рецидивировали. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 14-16ед., п/уж – 12-14ед., Фармасулин НNP п/з- 28-30ед., п/уж -24-25 ед.,
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, амлодипин 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма (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.
9. Рек. Окулиста: полное обследование по поводу глаукомы, решение вопроса об оперативном лечение катаракты.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В