#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1233

##### Ф.И.О: Бондар Анатолий Семенович

Год рождения: 1946

Место жительства: г. Запорожье ул. Нагнибеды 11б-21

Прописан: Днепровская обл. г. марганец ул. Дворцовая 3-10

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 06.09.17 по 16.09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Выберите элемент.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, учащенный ночной диурез до 5-6р, одышка при ходьбе, периодически тупые боли в области сердца, сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г амбулаторно при обследовании у уролога. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (название не помнит). С 2005 в связи с декомпенсацией в т/о по м/ж переведена на ИТ. Вводил. Хумодар Б100Р, затем Фармасулин НNP. Затем был переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ, однако в связи сотсутствием был выдан Генсулин М 30, был рекомендован побор доз. В наст. время принимает: Генсулин М 30 п/з-36 ед., п/у-36 ед., сиофор 500 1т веч. Гликемия –10,7-15,5 ммоль/л. НвАIс – 6,1 % от 03.06.17. Последнее стац. лечение в 09.2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает энап 10 мг утром. В анамнезе МКБ, конкремент левой почки. Принимает ++ .

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.09 | 167 | 5,0 | 49 | 17 | 1 | 0 | 54 | 40 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.09 | 152 | 5,78 | 2,9 | 1,19 | 3,25 | 3,8 | 4,3 | 58 | 10,2 | 2,4 | 1,8 | 0,15 | 0,44 |

07.09.17 Глик. гемоглобин -10,1 %

08.09.17 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 56,0(0-30) МЕ/мл

07.09.17 К – 4,45 ; Nа – 140 Са++ -1,2 С1 - 99 ммоль/л

08.09.17 Проба Реберга: креатинин крови- 76мкмоль/л; креатинин мочи- 8140 мкмоль/л; КФ-83,2 мл/мин; КР- 98,8%

### 07.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

08.09.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### .09.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.09 | 6,2 | 11,5 | 11,0 | 7,7 |  |
| 09.09 | 3,1 | 8,0 | 8,2 | 10,4 |  |
| 12.09 | 6,1 | 10,0 | 9,1 | 13,7 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

11.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7). Энцефалопатия II , сочтенного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический , вестибуло-атактический с-м. Рек: контроль и коррекция АД, неогабин 150 мг веч, актовегин 10,0 в/в, а-липоевая кислота 600 1р/д № 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/м, кардиомагнил 75 мг веч. УЗДГ МАГ в плановм поярдке.

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.09.17ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

08.09.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф .кл диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: Рек КАГ, аспирин кардио 100 мг 1р\д нолипрел форте 1т 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д.

Контроль АД, ЭКГ.

06.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст .

Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

09.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к– снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

12.09.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

06.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V = 3,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагми до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В