#### 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 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7). Энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический, вестибуло-атактический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 34,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС: стенокардия напряжения ФК I-II, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Гипертензивное сердце. СН I. Риск 4. С-r prostatae T3N0M0. Состояние после ТУР простаты, состояние после орхэктомии. МКБ: микронефролитиаз слева без нарушения оттока мочи. Осложненная катаракта, с-м «сухого глаза» ОИ. Вторичная макулодистрофия OS

Жалобы при поступлении на сухость во рту, выраженную общую слабость, учащенный ночной диурез до 5-6р, прогрессирующее ухудшение зрения на ОS, боли в н/к, одышка при ходьбе, периодически тупые боли в области сердца, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст.,головокружение. шаткость при ходьбе, отеки н/к, усиливающиеся к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г амбулаторно при обследовании у уролога. Течение стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (название не помнит). С 2005 в связи с декомпенсацией в т/о по м/ж переведен на ИТ. Вводил. Хумодар Б100Р, затем Фармасулин НNP. Затем был переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ, однако в связи с отсутствием был выдан Генсулин М 30, был направлен в ЗОЭД для подбора доз. В наст. время принимает: Генсулин М 30 п/з-36 ед., п/у-36 ед., сиофор 500 1т вечером. 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. Магникор 75 мг 1 т на ночь, розукард 10 мг 1 т на ночь. В 2014 г – ТУР простаты, орхэктомия по поводу С-r prostatae T3N0M0 (аденокарцинома). В анамнезе МКБ, конкремент левой почки. Осмотрен урологом 05.09.17, рекомендован прием пенестера 1т 2р/д-2 мес. контроль ПСА.

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- 76 мкмоль/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, уретральный- в скоплениях 8-10, мочевая кислота.

08.09.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### .09.17 Микроальбуминурия –47.9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 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 |
| 14.09 | 7,2 | 8,3 | 7,3 | 9,4 |

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 плановом порядке.

15.09.17 Окулист: VIS OD=0,2сф + 2,5=0,8-0,9 OS=0,1н/к ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии сужены, вены расширены, извиты, склероз, с-м Салюс 1- II ст. множественные твердые экссудаты микроаневризмы – аневризмы. В макуле слева грубые дистрофические изменения. ДЗ: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ,с-м «сухого глаза» ОИ. Вторичная макулодистрофия OS. Рек: в ОИ – визилотон 1к 3/д

06.09.17ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. 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 .

09.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к– снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен с обеих сторон. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. 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.

13.09.17 Осмотр доц. Каф. Соловьк А.О. план обсдедования и лечения согласован.

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: генсулин М30, сиофор, энап, розукард, сагникор, пенестер, диалипон турбо в/в кап №10, актовегин 10,0 в/в стр№10, милдракор 10,0 в/в стр №10, нуклео ЦМФ ЦМФ 2,0 в/м №5, торадив 10 мг, метфогамма, индапамид 2,5 мг, адаптол 500 мг.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сухость во рту не беспокоит, несколько уменьшились уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уролога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин М30 п/з-38-40 ед., п/уж -36-38 ед.

ССТ: диаформин (сиофор, метфогамма, 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 через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: энап 10 мг 1т2 р/д, индапамид 2,5 мг 1 т утром натощак, трифас 10 мг 1 т натощак 2 раза в неделю под контролем отеков, магникор 1 т. вечер. Контр. АД.
5. ЭХО-КС в плановом порядке, КАГ. С послед.консультацией кардиолога по м/ж.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1к 3р/д -1 мес, актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес., адаптол 500 мг 1 т утром -1 мес.
7. Соблюдение рекомендаций окулиста

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В