#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1008

##### Ф.И.О: Ополонец Сергей Владимирович

Год рождения: 1968

Место жительства: Запорожский р-н, . Лежено ул. Садовая 53

Место работы: н/р

Находился на лечении с 13.07.17 по 24.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая дистальная симметрическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ишемическая миелопатия ( Д4-Д12) нижний умеренный парапарез, нарушение ФГО ( по типу задержки мочеиспускания) интрадуральная экстрамедулярная АВМ ( по данным МРТ).. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) церебро-астенический с-м Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН 0-1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, быструю утомляемость, снижение чувствительности н/к, слабость в мышцах н/к, нарушение походки ,повышение АД до 140/90, периодически головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП (глюкофаж). В 10.2016 в связи с гипергликемией добавлен глимепирид. В наст. время принимает: амарил 1мг утром, глюкофаж 1000 2р/д. Гликемия –10,6-11,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте.. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ. лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.07 | 163 | 4,9 | 3,2 | 8 | 1 | 0 | 75 | 23 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.07 | 184 | 5,09 | 2,73 | 1,1 | 2,73 | 3,6 | 4,0 | 70,4 | 12,6 | 3,2 | 4,0 | 0,17 | 0,32 |

14.07.17 К – 4,5 ; Nа –133,9 Са - Са++ - 1,09С1 - 105 ммоль/л

### 14.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

18.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

17.07.17 Суточная глюкозурия – 1,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.17 Микроальбуминурия – 49,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.07 | 11,4 | 13,1 | 10,5 | 11,4 | 10,5 |
| 15.07 | 10,0 |  |  |  |  |
| 16.07 | 10,1 | 12,9 | 10,5 | 9,6 | 9,7 |
| 17.07 | 7,2 |  |  |  |  |
| 19.07 | 7,4 | 11,0 | 12,2 | 7,2 | 6,3 |
| 21.07 | 7,5 | 10,8 | 8,3 | 8,6 |  |

21.07.17Невропатолог: Ишемическая миелопатия ( Д4-Д12) нижний умеренный парапарез, нарушение ФГО ( по типу задержки мочеиспускания) интрадуральная экстрамедулярная АВМ ( по данным МРТ). Диабетическая дистальная симметрическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза ( дисметаболическая, сосудистая) церебро-астенический с-м. Рек: конс. нейрохирурга по поводу АВМ. Плановая госпитализация в реабилитационное отделение. Аспирин кардио 100 мг 1т веч, нейромидин 1т 3р\д 1 мес, келтикан 1к 3р\д 1 мес. актовегин 1т 3р/д 1 мес. трентал 2т 2р\д 1 мес. Наблюдение нерволога по м\ж.

14.07.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ; Факосклероз

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Сосуды извиты, неравномерного сужены, начальные проявления ангиослкероза. Салюс 1 ст, единичные микроаневризмы. и. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.07.17 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

17.07.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ в динамике. ЭХОКС

13.07.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Лечение: нолипрел, торвакард, Инсуман Базал, глюкофаж, амарил, L-лизин эсцинат, нуклео ЦМФ, тивомакс, тиоктацид, актовегин, нейромидин, кортексин, эссенциале, нолипрел форте.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к уменьшилась слабость в мышцах, улучшилась походка. АД 130/80мм 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: Инсуман Базал п/уж 34-36 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: торвакард 10 мг 1т веч с контролем липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: нолипрел форте 1т утром, кардиомагнил 75мг 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиоктацид (диалипон, тиогамма) 600 мг/сут. 2-3 мес., эссенциале 2к3 р/д 1 мес,.
6. Соблюдение рек. невропатолога (см. выше).
7. Явка к невропатологу, нейрохирургу в поликлинику по м\ж после выписки.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В