#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 996

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

Год рождения: 1957

Место жительства: Акимовский р-н, с. Охримовка ул. Степная 86

Место работы: пенсионер инв Ш гр

Находился на лечении с 27.07.18 по  09 .07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Оперированная отслойка сетчатки, осложнённая катаракта, расходящееся косоглазие OS. Начальная катаракта ОД. Высокая осложнённая миопатия. Хориоретинальная дистрофия ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертонический криз 04.08.18Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5-6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. при обращении к окулисту по поводу отслойки сетчатки OS. Ранее принимал ССТ: Диабетон MR, сиофор, в дальнейшем Диабетон MR отменен (в связи с гипогликемическими состояниями со слов пациента), принимал сиофор. С 2003 принимает диаформин, с 06.2018 добавлен диаглизид. Комы отрицает. В наст. время принимает: диаглизид 160 мг/сут,(периодически дипирид 4 мг утром). Гликемия –15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг утром, амлодипин 10 мг веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 30.07 | 153 | 4,96 | 8,2 | 7 | |  | | 1 | 1 | 62 | 33 | | 3 | | |
| 07.08 | 155 | 4,7 | 10,6 | 28 | |  | | 4 | 3 | 65 | 25 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.07 | 89,9 | 3,9 | 2,9 | 0,75 | 1,8 | | 4,2 | 4,6 | 90 | 9,0 | 2,2 | 3,3 | | 0,59 | 0,55 |

01.07.18 Глик. гемоглобин -12,2 %

30.07.18 Анализ крови на RW- отр

30.07.18 К – 4,6 ; Nа – 141 Са++ -1,17 С1 - 103 ммоль/л

### 31.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 07.08.18 ацетон – отр

01.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

30.07.18 Суточная глюкозурия – 6,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 02.08.18 Микроальбуминурия –49,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.07 | 14,3 | 11,0 | 16,5 | 16,2 |
| 31.07 | 11,0 | 11,7 | 14,4 | 9,8 |
| 02.08 | 10,2 | 11,5 | 12,9 | 10,4 |
| 05.08 | 10,4 | 9,1 | 11,9 | 7,2 |
| 06.08 | 8,1 |  | 7,6 |  |
| 07.08 | 6,6 | 7,3 | 6,1 | 8,9 |
| 08.08 | 8,6 |  | 10,2 | 10,0 |

30.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5).

07.08.18 Окулист: VIS OD= 0,09 сф – 7,0=0,7 OS= 0,01 н/к ; OS отклонен к наружи. ОД – начальные помутнения. На гл дне: ДЗН бл розовый, деколорация, гр четкие, А:V 1:2 сосуды узкие извиты ,склерозированы, вены полнокровны, выраженный ангиосклероз. OS – в хрусталике интенсивные помутнения рефлекс с гл дна тусклый, детали не видны. Д-з: Оперированная отслойка сетчатки, осложнённая катаракта, расходящееся косоглазие OS. Начальная катаракта ОД. Высокая осложнённая миопатия , ХРД ОИ. Лечение OS пезперспективно.

07.08.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

31.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Рек нолипрел форте 1т , дообследование ЭХОКС

06.08.18 Кардиолог: Гипертонический криз 04.08.18 рек: эналприил 5 мг 1-2 р/д контроль АД.

30.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

27.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1см3; лев. д. V = 6,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: мефармил, вазилип, асафен, лозап, Хумодар Б100Р, ксилат, амлодипин, эналаприл, диаглизид, тиогамма , солкосерил, лозап, бисопролол, магнезия в/в стр.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, целевые значения не достигнуты из-за длительной декомпенсации, уменьшились боли в н/к. Стабилизировалось АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р , п/уж -22-24 ед.,

метформин (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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5-10 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, (или нолипрел форте 1т утром), кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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.
6. Рек. невропатолога: неогабин 75 мг 1т 2р/д 1 мес, нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес
7. Рек окулиста: в ОД визилотон 3р/д, очковая коррекция зрения.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.