#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1328

##### Ф.И.О: Бондаренко Александр Васильевич

Год рождения: 1956

Место жительства: Акимовский р-н, с. Акимовка ул. Октябрьская 2

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 10.10.18 по  18.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения II ф .кл. п/инфарктный кардиосклероз (без даты) кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (амарил, сиофор). С 2015 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з-48 ед., п/у- 46ед., Инсуман Рапид п/з 14 ед. п/у 12 ед. С 01.10.18 по 09.10.18 находился на стац лечении в гематологич. отд ЗОКБ по поводу Неходжинской лимфомы В-клеточная из малых лимфоцитов II А ст. (выписной эпикриз № 16690). Гликемия – 6,2-14,2ммоль/л. НвАIс – 8,2 % от 02.10.18 . Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.10 | 135 | 4,0 | 2,7 | 25 | |  | | 2 | 3 | 63 | 23 | | 7 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.10 | 92,8 | 4,6 | 1,64 | 1,1 | 2,75 | | 3,1 | 5,5 | 89 | 21,3 | 5,3 | 2,1 | | 0,77 | 1,17 |

14.10.18 К –4,51 ; Nа –143,6 Са++ - 1,12С1 - 106 ммоль/л

### 14.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

12.10.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 12.10.18 Микроальбуминурия –49,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.10 | 5,6 | 7,0 | 8,9 | 5,2 |
| 12.10 | 6,0 | 7,9 |  |  |

2015Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

11.10.18Окулист: VIS OD= 0,2 сф + 1,5=1,0 OS= 0,3сф + 1,5=1,0 ; ОД – в СТ деструкция по типу «золотой дождь» Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды извиты склерозированы, сужены, вены неравномерного калибра, с-мСалюс 1- II ст, микроаневризмы. ед. микрогеморрагии. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД

10.10.18 ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Рубец задней стенки.

11.10.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф .кл. п/инфарктный кардиосклероз (без даты) кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

17.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

06.10.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст . Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

10.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V =6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы с обеих сторон до 0,76\*0,43 не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: мильгамма, стеатель, коронал, эналаприл, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, мефармил, тиогамма,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гематолога 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: Инсуман Рапид п/з- 14-16ед., п/уж -12-14 ед., Инсуман Базалп/з 48-50 ед, п/у 46-48 ед
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1 р/д, небивалол 5 мг. нолипрел форте 1т 1р/д
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.