#### 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

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

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, 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 II ст.

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

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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.

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 принимает 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 10.1.18 по 09.10.18 находислась на стац лечение в гематологич. Отд ЗОКБ по поводу ++ 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 | | |
| 11.10 |  |  |  | 11 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 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

##### .10.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.1 | 5,6 | 7,0 | 8,9 | 5,2 |  |
| 12.10 | 6,0 | 7,9 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

Окулист: 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 неравномерног оклаибра, с-мСалюс 1- II ст, Микроаневризмы. Ед. микрогеморрагии. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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. Рек: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1 р/д, небивалол 5 мг. нолипрел форте 1т 1р/д

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 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: Инсуман Рапид п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Инсуман Базал 22.00 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. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.