#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1289

##### Ф.И.О: Крупельниций Петр Иванович

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Запорожье, ул. Воронина 25-76

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.10.14 по 06.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Начальная катаракта ОД. Артифакия OS. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Оперированная глаукома OS. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Болезнь оперированного желудка по Бильрот II. Хр. гастрит, культи желудка. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с ферментативной недостаточностью функции поджелудочной железы внешне и внутрисекреторной. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз (стеатоз). НФП 1 ст. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/110 мм рт.ст., головные боли, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2013 переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 22ед., п/у-10 ед., Фармасулин НNР п/з 50 ед п/у – 30 ед. Метамин 500 2/д. Гликемия –11,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 05.2014г. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение многих лет. Из гипотензивных принимает индапрес 2,5 мг, фозикард 20, физиотенс 0,4 см. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.10.14 Общ. ан. крови Нв –151,1 г/л эритр –4,8 лейк –6,0 СОЭ – 25 мм/час

э- 3% п- 3% с- 45% л- 42 % м- 7%

20.10.14 Биохимия: СКФ – 135мл./мин., хол –5,39 тригл -4,3 ХСЛПВП -1,10 ХСЛПНП -2,33 Катер -3,9 мочевина –7,1 креатинин –81,6 бил общ –10,8 бил пр – 2,7тим –4,4 АСТ – 0,66 АЛТ – 1,05 ммоль/л;

20.10.14 Анализ крови на RW- отр

04.11.14 Глик гемоглобин 7,1%

23.10.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

24.10 ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 20.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –5-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. слизь +.

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

20.10.14 Суточная глюкозурия –3,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.10.14 Микроальбуминурия –403,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.10 | 13,8 | 18,4 | 15,1 | 15,4 |
| 20.10 | 7,4 | 11,0 | 13,2 | 16,5 |
| 22.10 | 8,4 | 14,0 | 13,2 | 9,9 |
| 24.10 | 9,4 | 14,8 | 17,0 | 17,5 |
| 28.10 | 9,8 | 13,2 | 15,8 |  |
| 30.10 | 8,2 | 13,0 | 15,1 |  |
| 02.11 | 10,5 | 13,3 | 10,6 | 12,6 |
| 04.11 | 7,7 | 11,5 | 8,8 |  |
| 05.11 | 6,6 | 9,6 | 9,9 | 6,4 |

28.10.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м.

14.10.14Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,8

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артифакия OS. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Начальная катаракта ОД. Артифакия OS. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Оперированная глаукома OS.

21.10.14ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

27.10.14 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

20.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.10.14 Р-скопия ЖКТ: Р-скопия ЖКТ после резекции желудка по Б II. Гастрит культи желудка.

29.10.14 Гастроэнтеролог: Болезнь оперированного желудка по Бильрот II. Хр. гастрит, культи желудка. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с ферментативной недостаточностью функции поджелудочной железы внешне и внутрисекреторной. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз (стеатоз). НФП 1 ст.

20.10.14РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

22.10.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА справа 32-35% слева 34-35% Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; с увеличением её размеров п о типу жировой дистрофии 2 ст, без признаков портальной гипертензии, перегиба ж/пузыря в н/3 тела, застоя в ж/пузыре, Диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хронического панкреатита, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить удвоение синуса левой почки «диабетическая почка».

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 16,1 см3; лев. д. V = 16,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с множественны крупными гидрофильными очагами до 0,5 см. В пр. доле в ср/3 гидрофильным узел 1,14\*0,96 см. с изоэхогенными включениями рядом такой же узел 0,95\*0,89 см. В лев. доле в ср/3 такой же узел 0,97\*0,76 см. в в/3 левой дол гидрофильные узлы 0,65 и 0,62 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, бисопролол, физиотенс, амлодипин, холомент, маалокс, эзолонг, пангрол, индапрес, фозикард, физиотенс, метамин, кардиомагнил, торвакард, фенигидин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 52-54ед., п/о-32-34 ед., п/уж – 28-30ед., Инсуман Базал 22.00 48-50 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: физиотенс 0,2 мг утром 0,4 мг веч, кардиомагнил 75 мг веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Бисопролол 5 мг 2р\д, амлодипин 10 мг в обед, индапрес 2,5 мг утром, фозикард 20 мг утром. Контр. АД.
5. Рек. невропатолога: актовегин 15,0 в/в № 10, лира 100 мг в/м№ 10, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в 6 мес. ТАПБ с послед конс эндокринолога.
7. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д,
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, холомент 2к 2р/д за 15 мин до еды 1 мес, маалокс 1п 3р\д ч/з 30-40 мин после еды 2 нед., эзолонг 40 мг 1т 2р\д за 1 час до еды 2 нед, затем 1т утром 2 нед, пангрол 10 тыс. по 1т. \*3р/д. во время еды.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.