#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 83

##### Ф.И.О: Драевская Светлана Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: Г-Польский р-н, г. Г-Поле, ул. Вишневая 2

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 22.01.15 по 04.02.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. МКБ пиелонефрит единственной опущенной левой почки, артериальная гипертензия. Нефрэктомия справа 19.01.10 по поводу гидронефроза, пиелонефроза справа. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза. ИБС, стенокардия напряжения 1-II. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Течение заболевания в настоящее время лабильное, в анамнезе неустойчивая гликемия (на фоне инсулинотерапии). Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р, п/з-34 ед., п/у- 20ед., глюкофаж 500 мг утром. Гликемия –5,0-20,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в с начала заболевания. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает Эналаприл 10 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.01.15 Общ. ан. крови Нв – 129г/л эритр –4,0 лейк –7,8 СОЭ –19 мм/час

э- 2% п- 0% с- 60% л- 30 % м- 8%

23.01.15 Биохимия: СКФ –58 мл./мин., хол –7,14тригл -2,8 ХСЛПВП – 1,32ХСЛПНП -4,55 Катер – 4,4мочевина –5,0 креатинин –11,2 бил общ –2,8 бил пр –5,9 тим –0,38 АСТ – 0,86 АЛТ – ммоль/л;

### 23.01.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –5-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

23.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -11500 эритр - 250 белок – отр

03.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок –

26.01.15 Суточная глюкозурия – 2,59%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.01.15 Микроальбуминурия –220,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.01 | 11,4 | 13,9 | 10,8 | 14,8 |
| 25.01 | 11,6 | 14,0 | 2,9 | 15,3 |
| 29.01 | 9,6 | 15,7 | 13,8 | 16,9 |
| 31.01 | 7,1 | 14,3 | 9,0 | 15,3 |
| 03.02 | 5,7 | 9,9 | 9,0 | 5,1 |

28.01.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза

22.01.15Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,9

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

22.01.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

27.01.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

22.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.01.15 осмотр ас каф Ткаченко О.В.: см. выше

27.01.15Нефролог: ХБП III ст.: МКБ, пиелонефрит единственной опущенной почки, артериальная гипертензия.

23.01.15РВГ:. Нарушение кровообращения справа –I-II ст. слева – 1 ст, тонус сосудов повышен.

23.01.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст. перегиба желчного пузыря в в/3 тела и в области шейи, застоя в желчном пузыре, опущения и повышенной подвижности левой почки, микролитов единственной левой почки.

22.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1 см3; лев. д. V = 5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные расширенные фолликулы до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: фенигидин, сиофор, бисопролол, азомекс Генсулин Н, Генсулин Р, Хумодар К 25 100Р.

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 Генсулин R, Генсулин Н.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-10-12 ед., п/уж -10-12 ед., Генсулин Н п/з 36-38ед, п/у – 24-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио, эналаприл 10 мг 2р/д. предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Диета с ограничением соли. Отменить ингибиторы АПФ (Сухой кашель), добавить азомекс 5-10 мг/сут, бисополол 5 мг/сут под контр ЧСС, физиотенс 0,2-0,4 мг/сут, прием канефрона 2т 3р/д до 1 мес. Повторить ан. мочи по Нечипоренко после тщательной сан-гиг. Подготовки.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.