#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 207

##### Ф.И.О: Козлов Виктор Петрович

Год рождения: 1953

Место жительства: Васильевский р-н, с Видножено, ул, школьная, 130а

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.02.16 по 24.02.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма , декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия ОИ Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Нейропатия лицевого нерва справа, ст начального восстановления. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Кисты правой почки.Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диффузный эутиреоидный зоб 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 15.01.16 в неврологич. отд по м/ж в связи с нейропатией лицевого нерва справа, в связи с повышением гликемии до 20 ммоль/л переведен на инсулинотерапию. Пройден курс лечения сосудистыми препаратами. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 8ед., п/о-10 ед., п/у-12ед., 23.00 – 4 ед, 6.00 – 2 ед. Гликемия –6-20 ммоль/л. Глик гемоглобин от 12.2015 – 9,5%. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 10 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.02.16 Общ. ан. крови Нв –179 г/л эритр –5,4 лейк –5,3 СОЭ – 8мм/час

э-4 % п- 0% с-63 % л- 26 % м-7 %

17.02.16 Биохимия: СКФ –56 мл./мин., хол –6,6 тригл -2,13 ХСЛПВП -0,98 ХСЛПНП – 4,65Катер -5,7 мочевина – 9,2 креатинин – 146 бил общ – 15,0 бил пр –3,8 тим –1,3 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,24 ммоль/л;

24.12.16 мочевина – 9,3 креатинин – 137

19.02.16 Св.Т4 - 13,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –10,6 (0-30) МЕ/мл

### 17.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк 3-4-5 в п/зр белок – 0,627 ацетон –отр; эпит. пл. - км; эпит. перех. - в п/зр

18.02.16 Суточная глюкозурия – 0,42 %; Суточная протеинурия – 0,806

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.02 |  |  |  | 10,9 |
| 17.02 | 11,8 | 16,5 | 13,9 | 13,5 |
| 18.02 | 10,1 | 8,7 | 14,2 | 19,1 |
| 19.02 | 10,4 |  | 11,3 | 8,0 |
| 21.02 | 8,5 | 11,9 | 6,7 | 8,4 |
| 23.02 | 13,6 | 9,4 |  | 6,6 |
| 24.02 | 3,4 | 7,8 |  |  |

16.02.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. нейропатия лицевого нерва справа, ст начального восстановления.

16.02.16Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6 ;

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Экссудативные очаги в макулярной области ОД. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия ОИ.

22.02.16ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. изменения миокарда задней стенки. При сравнении с ЭКГ от 16.02.16 данные те же.

07.02.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

21.02.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.02.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.02.16 Нефролог ХБП III ст. Диабетическая нефропатия.Артериальная гипертензия .Кисты правой почки.

24.02.16 Осм.доц.кафедры Ткаченко О.В.Д\_з см .выше.

18.02.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,0 см3; лев. д. V =8,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура без особенностей. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: берлиприл, индапрес, мефармил, нолипрел форте, фенигидин, амлодипин Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован,от дальнейшей коррекции инсулинотерапии отказался ,в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 28-30ед., п/уж 20-24 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: нолипрел форте 1т\*утром, амлодипин 5-10 мг утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д,, оптикс форте 1т 1р\д
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А

Нач. мед. Костина Т.К.