#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1053

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

Год рождения: 1952

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

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 24.07.17 по 04.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III- ст МКВ, пиелонефрит единственной левой почки в стадии ремиссии. САГ Ш ст. Нефрэктомия справа в 2010. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Энцефалопатия 1 сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) цереброастенический с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за 3 года, ухудшении зрения, боли в н/к, повышение АД макс. до 220/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию – Хумодар К 25 100Р. С 2015 в связи с неэффективностью переведена на Генсулин Н, Генсулин Р. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з- 12ед., п/у- 25ед., Генсулин Н п/з 32 ед, п/у 22 ед, Гликемия –5,0-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. 19.01.17 нефрэктомия справа по поводу гидронефроза, пиелонефрита справа. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 25.07 | 143 | 4,3 | 5,6 | 40 | 3 | 1 | 62 | 32 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.07 | 64,6 | 7,17 | 2,44 | 1,18 | 4,87 | 5,1 | 6,4 | 100 | 10,2 | 2,3 | 4,8 | 0,16 | 0,46 |

04.08.17 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 80,0(0-30) МЕ/мл

27.07.17 Глик. гемоглобин – 9,8%

26.07.17 Анализ крови на RW- отр

25.07.17 К 4,71 ; Nа –139 Са - 1,14 Са++ - С1 - 100 ммоль/л

### 25.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 5-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

01.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 250 белок – отр

26.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 28.07.17 Микроальбуминурия – 58,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.07 | 12,0 | 11,1 | 11,1 | 8,7 |  |
| 27.07 | 8,3 | 11,4 | 6,5 | 9,3 |  |
| 29.07 | 8,7 | 9,4 | 11,7 | 8,3 |  |
| 01.08 | 9,2 | 9,3 | 14,6 | 9,7 |  |
| 03.08 | 10,4 | 9,0 | 10,9 | 9,2 |  |
| 04.08 | 7,3 |  |  |  |  |

27.07.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Энцефалопатия 1 сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) цереброастенический с-м

26.07.17Окулист: VIS OD= 0,6-0,7 OS=0,9 факосклероз.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артери сужены, вены расширены, в макуле рефлекс сглажен, ангиосклероз, с-м Салюс 1. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

24.07.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

24.07.17 Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст

27.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.08.17 Нефролог: ХБП II ст.: МКБ, пиелонефрит единственной левой почки в стадии ремиссии, артериальная гипертензия. Нефрэктомия справа в 2010

26.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

31.07.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст застоя в желчном пузыре, мелких конкрементов единственной левой почки. ;

24.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,2 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,33 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р хипотел, симлопин, бисопролол, диалипон, витаксон, актовегин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-12-14 ед., п/уж -12-14 ед., Генсулин Н п/з-36-38 ед., п/уж -26-28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: бисопролол 5-10 мг, физиотенс 0,2-0,3 мг.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 1т 3р/д
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Диета с ограничением соли, прием канефрон 2т 3р/д 1 мес, Адекватная гипотензивная терапия.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.