#### 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 03 .08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, 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.

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

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. 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.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увелчиение 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 переведен на инсулинотерапию – Хумодар К 25 100Р. С 2015 в связ иснеэфективностью перевед 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 ссправа по поводу ++ пиелонефрита справа. Госпитализирован 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 |

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

##### .07.17 Микроальбуминурия – мг/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 |  |
|  |  |  |  |  |  |

28.07.17Невропатолог:

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 расширенны, в макуле рефлекссглажен, 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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.08.17 Нефролог: ХБП II ст.: МКБ, пиелонефрит единственной левой почки в тадии 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. игидрофильные очаги до 0,33 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично 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. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. 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. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
10. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.