#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 338

##### Ф.И.О: Прилепская Любовь Родионовна

Год рождения: 1954

Место жительства: Г-Польский р-н, Г-Поле ул.Запорожская 18

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 06.03.17 по 20.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). цефалгический с-м, цереброастенический с-м, ДДПП на поясничном уровне, с-м люмбоишалгии, болевой с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А. ф. кл II . Риск 4. П/операционная вентральная грыжа больших размеров, вправляемая, хр. пиелонефрит, обострение

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 20ед., п/у-18 ед., Гликемия –9,6-15,0 ммоль/л. НвАIс -9,1 %. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.03.17 Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр –3,6 лейк – 4,7 СОЭ – 13 мм/час

э- 3% п- 1% с- 56% л- 36% м- 4%

07.03.17 Биохимия: СКФ –96,5 мл./мин., хол –6,0 тригл – 2,6ХСЛПВП -0,73 ХСЛПНП -4,1 Катер – 7,2мочевина – 5,5 креатинин –79,2 бил общ –11,8 бил пр 2,9 тим –3,1 АСТ –0,53 АЛТ – 0,72 ммоль/л;

07.03.17 Глик. гемоглобин – 11,2%

07.03.17 Анализ крови на RW- отр

10.03.17 ТТГ – 1,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 32,9 (0-30) МЕ/мл

### 07.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –на все в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - в п/зр

09.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 8000эритр - белок – отр

20.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

09.03.17 Суточная глюкозурия – 1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.03.17 Микроальбуминурия –73,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.03 | 9,9 | 12,9 | 10,7 | 8,8 |
| 09.03 | 11,9 | 12,8 | 16,1 | 11,0 |
| 12.03 | 10,6 | 12,1 | 11,1 | 9,3 |
| 16.03 | 9,8 | 12,9 | 11,9 | 6,7 |
| 18.03 | 7,3 | 10,5 | 6,8 | 7,2 |

07.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). цефалгический с-м, ДДПП на поясничном уровне, с-м люмбоишалгии, болевой с-м.

10.03.7 Окулист: VIS OD= 0,2 н/к OS= 0,2-0,3 н/к

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. . В макулярной области рефлекс сглажен Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

06.03.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

06.03.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А. ф. кл II . Риск 4.

09.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.03.17Хирург: п/операционная вентральная грыжа больших размеров, вправляемая, хр. пиелнефрит, обострение

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

06.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0 см3; лев. д. V =4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, бисептол, эналаприл, хемопамид, торсид, предуктал MR, диалипон, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. В связи с остротой зрения рекомендовано применение Инсуман Инсуман Базал, Инсуман Рапид в пенфильной форме.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал (пенф) п/з- 30-32ед., п/уж -20-22ед., Инсуман Рапид (пенф) п/з 24-26 ед, п/у 18- 20 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: нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100 мг 1р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: мидокалм 1,0 в/м № 7 затем идокалм150 2р\д 5 дней, олфен депо 100 2р/д 5 дней, МРТ ШОП в плановом порядке.
10. Рек. окулиста: ОСТ ДЗН на OS. повторный осмотр после дообследования
11. Выдана шприц ручка

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В