#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 375

##### Ф.И.О: Гавриленко Виктор Карпович

Год рождения: 1949

Место жительства: Пологовский р-н, с. К-Роздоры ул. Суворова 56

Место работы: пенсионе, инв II гр

Находился на лечении с 13.03.17 по 22.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия OS Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II , сочетанного генеза, с-м вестибулопатии. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. Единичная желудочковая экстрасистолия. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Межреберная невралгия, умеренный болевой с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 1896г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-35 ед., п/у- 19ед. Гликемия –4,3-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.03.17 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –3,9 лейк – 6,6 СОЭ –6 мм/час

э- 0% п- 1% с-73 % л- 24 % м- 2%

14.03.17 Биохимия: СКФ –105,6 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,40 ХСЛПВП -0,8 ХСЛПНП -3,0 Катер -4,5 мочевина –7,2 креатинин – 93,5 бил общ – 12,7 бил пр –3,2 тим – 3,1АСТ – 0,17 АЛТ – 0,17 ммоль/л;

### 14.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,108 ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - едв п/зр

.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

14.03.17 Суточная глюкозурия – отр %; Суточная протеинурия – 0,110

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.03 | 5,5 | 8,5 | 4,8 | 5,6 |
| 19.03 | 6,1 | 11,8 | 5,8 | 6,5 |
|  |  |  |  |  |

13.03.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II , сочетанного генеза, с-м вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6), хроническое течение. Межреберная невралгия, умеренный болевой с-м.

14.03.17 Окулист: Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, склерозированы, Салюс 1-2, В макуле слева перегруппировка пигмента, рефлекс сглажен, единичные твердые экссудаты. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия OS

14.03.17ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, желудочковая экстрасистолия Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. .

14.03.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. Единичная желудочковая экстрасистола. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

15.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст..

14.03.17 Р-гр оГК: легкие ,сердце в пределах возр. нормы умеренно увеличен левый желудочек. Видимые костные структуры без нарушения целостности.

21.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба желчного пузыря в области шейки мелких конкрементов вжелчном пузыре, функционального раздражения кишечника, конкременты в устье чашечки правой почки с умеренными нарушения урокинетики, микролитов в почках, нельзя исключить удвоение синуса левой почки.

15.03.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше

Лечение: Фармасулин НNP, диаформин, эналаприл, хемопамид, пирацетам, диалипон, витаксон, тагиста, карведилол ,кетарол, толперил,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм 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: Фармасулин НNP п/з- 35-37ед., п/уж -41-43 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 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: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., арифон ретард 1т 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: тагиста ( вестибо 24 мг) 1т 1р/д 1 мес.
8. Рек. окулиста: Возможно оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на ОД.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В