#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 242

##### Ф.И.О: Семенюта Екатерина Ивановна

Год рождения: 1947

Место жительства: Г-Польский р-н, Г-Поле ул. Юбилейная 11

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.02.17 по 01.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, начальная катаракта, с-м «сухого глаза». ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 30,8кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП 1- II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 30ед., п/у- 10ед. Гликемия –7,0-18,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2008г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.02.17 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр – 4,4 лейк –6,1 СОЭ – 1 мм/час

э- 0% п- 0% с-71 % л- 23% м- 6%

17.02.17 Биохимия: СКФ –51,2 мл./мин., хол –4,9 тригл – 1,1ХСЛПВП – 1,7ХСЛПНП -2,7 Катер -1,9 мочевина –6,1 креатинин – 103,4 бил общ –27,0 бил пр – 6,7 тим – 1,6 АСТ – 0,32 АЛТ –0,22 ммоль/л;

### 17.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –7-8 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

21.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8500 эритр -500 белок – отр

23.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

20.02.17 Суточная глюкозурия –отр Суточная протеинурия – отр

20.02.17 Микроальбуминурия – 48,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.02 | 8,5 | 9,7 | 4,5 | 9,7 |
| 19.02 | 4,8 | 5,1 | 5,7 | 7,6 |
| 21.02 | 6,7 | 8,8 | 3,5 | 10,6 |
| 24.02 | 9,2 | 10,2 | 11,0 | 12,4 |
| 26.02 | 9,0 | 8,3 | 9,8 | 12,7 |
| 28.02 | 8,6 | 9,6 | 10,6 | 10,4 |

20.02.17Невропатолог: ДЭП 1- II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

20.02.17Окулист: VIS OD= 0,09н/к OS=0,4 н/к ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ОД область ДЗН пролиф. неоваскулярил участок с носовой стороны. OS ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. начальные проявления неоваскуляризации , сосуды сужены извиты, склерозированы. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, начальная катаракта, с-м «сухого глаза».

20.2.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задней стенке.

17.02.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

17.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.02.17РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

16.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0 см3; лев. д. V =1,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, армадин, нуклео ЦМФ, актовегин, торсид, лозап, аген, вестибо, предуктал MR, аспирин кардио, изокет спрей.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, от дальнейшей коррекции инсулинотерапии отказывается, настаивает на выписке из отделения, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 28-30ед., п/уж -10-12 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: аспирин кардио 100 мг 1р\дпредуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., бисопролол 5 мг 1р\д, нолипрел форте 1т 1р\д. при болях в сердце изокет спрей 1-2 дозы. Контроль АД, ЭКГ.
8. нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р\д 1 мес, Рек. окулиста: ОСТ ДЗН ОД.
10. Рек окулиста Видисик гель в ОИ 4-6 р/д.
11. Эссенциале 2т 3р/д, 1 мес, контроль печеночных проб в динамике, при показаниях конс. гастроэнтеролога по м\ж.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В