#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1306

##### Ф.И.О: Полуэктова Валентина Яковлева

Год рождения: 1948

Место жительства: Энергодар, ул. Строителей 34-97

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 21.10.14 по 03.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Cтенозирующий атеросклероз МАГ. Состояние после реимплантации (2000) левой подключичной артерии в левой ВСА. ДЭП II. Частичный с-м Горнера слева. Вестибуло-атактический с-м. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щитовидной железы. Эутиреоидное состояние. Атрофический кольпит.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2006, в связи с декомпенсацией сахарного диабета, переведена на комбинированную инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-10 ед., п/у- 10ед., Фармасулин НNР п/з – 26-28 ед, п/у – 28-30 ед, сиофор 850 \*2р/д. Гликемия –14,0-11,0-13,0 ммоль/л. НвАIс - 10% от 10.2014. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 20 лет. Гипотензивная терапия не регулярная. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

.10.14 Общ. ан. крови Нв – 151 г/л эритр –4,5 лейк – 7,1 СОЭ – 8 мм/час

э- 4% п- 2% с-65 % л- 27% м- 2%

22.10.14 Биохимия: СКФ –73,38 мл./мин., хол –6,08 тригл -1,88 ХСЛПВП – 1,61ХСЛПНП – 3,61Катер -2,8 мочевина –8,3 креатинин –9,0 бил общ –12,0 бил пр – 3,0 тим – 4,8 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,70 ммоль/л;

27.10.14АСТ – 0,38 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

24.10.14ТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –204,7 (0-30) МЕ/мл

### 22.10.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

22.10.14 кал на я/г не обнаружен.

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

23.10.14 Суточная глюкозурия – 2,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.10.14 Микроальбуминурия –76,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.10 | 10,0 | 18,7 | 14,9 | 13,8 |
| 25.10 | 8,8 | 11,1 | 10,2 | 9,7 |
| 29.10 | 12,4 | 13,7 | 9,2 | 9,5 |
| 31.10 | 6,6 | 11,0 | 10,0 |  |
| 01.11 |  | 8,8 | 12,2 | 6,7 |
| 03.11 |  |  | 5,8 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Cтенозирующий атеросклероз МАГ. Состояние после реимплантации (2000) левой подключичной артерии в левой ВСА. ДЭП II. Частичный с-м Горнера слева. Вестибуло-атактический с-м.

23.10.14Окулист:

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.10.14ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

23.10.14Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

31.10.14 Хирург: диабетическая ангиопатия ХИ II ст.

23.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.10.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

23.10.14 Гинеколог: Атрофический кольпит.

23.10.14Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

28.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, микролитов в почках.

21.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V = 6,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, липрин, торсид, амлодипин, нитроглицерин, фенигидин, сиофор, торсид, предуктал MR , розувастатин, папаверин в/м, фенигидин, анальгин в/м, витаксон в/м, тиоцетам, актовегин в/в, берлитион в/в.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-17-19 ед., п/уж -8-10 ед., Фармасулин НNР п/з 26-28 п/у 26-28 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардиомагнил 75мг 1т. веч. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Липрил 20 мг 2р/д, торсид 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес., вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д,

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.