#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 858

##### Ф.И.О: Сагайдак Любовь Михайловна

Год рождения: 1932

Место жительства: г. Запорожье ул. Победы 111-76

Место работы: пенсионер, инв 1 гр.

Находился на лечении с 13.07.15 по 17.07.15 в энд. отд. (13.07-17.07.15 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Отдаленные последствия ишемического инсульта в правой гемисфере (1976). Вестибуло-атактический с-м. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. МКБ с отхождением конкрементов, анемия. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл, диффузный кардиосклероз, синусовая брадикардия, единичная желудочковая экстрасистолия. СН 1. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь Ш ст, II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 31,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в тазобедренных суставах, боли в прекардиальной области, сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (глибенкламид, манинил, глюренорм, диапирид). Отмечает аллергическую реакцию, со слов больной, в виде крапивницы, хорошая переносимость амарила. С 2009 переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з-26 ед., п/у амарил 4 мг. Гликемия –8,6-12,7 ммоль/л. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает экватор 1т 1р\д. ИБС в течении 10 лет, систематически лечение не получает. В 1976 перенесла ишемический инсульт. В 2013 произведено эндопротезирование левого тазобедренного сустава. МКБ, хронический пиелонефрит в течении 5 лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.07.15 Общ. ан. крови Нв – 116 г/л эритр – 3,5 лейк –5,3 СОЭ – 29 мм/час

э- 2% п- 1% с- 73% л- 22 % м- 2%

14.07.15 Биохимия: хол –4,3 тригл -1,24 ХСЛПВП – 0,99ХСЛПНП – 2,74Катер -3,3 мочевина – 4,5 креатинин – 110бил общ –11,2, бил пр –2,8 тим –1,8 АСТ – 0,35 АЛТ –0,24 ммоль/л;

14.07.15 Амилаза – 34,3 (0-90) ед/л.

13.07.15 Гемогл –116 ; гематокр – 0,38 ; общ. белок –73,8 г/л; К – 4,9 ; Nа – 138,6 ммоль/л

13.07.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 94 %; фибр – 5,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин –4\*10-4

15.07.15 фибр – 15,9

16.07.15 Тропонин Т <0,2 (<1.0)

15.07.15 Проба Реберга: Д-1,3 л, d- 0,9мл/мин., S- 1,75кв.м, креатинин крови-99,6 мкмоль/л; креатинин мочи- 5520мкмоль/л; КФ- 49,3мл/мин; КР- 98,1 %

### 13.07.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 0-1в п/зр белок – 0,797 ацетон –отр; эпит. пл. –все ; эпит. перех. -мн в п/зр

14.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -46500 эритр -1000 белок – 0,180

16.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 72500 эритр -500 белок – 0,132

15.07.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,218

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 13.07 |  | 10,9 | 8,7 | 8,9 |  |
| 14.07 | 6,0 | 7,7 | 11,6 | 7,7 |  |
| 15.07 | 3,8 | 10,1 | 10,4 | 7,1 |  |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 |
| 16.07 | 4,6 | 6,8 | 5,4 | 4,5 |  |
| 17.07 | 5,7 |  |  |  |  |

13.07.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Отдаленные последствия ишемического инсульта в правой гемисфере (1976). Вестибуло-атактический с-м.

13.07.15Окулист: VIS OD= 0,1 OS= 0,05

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, экссудативные очаги . Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ..

13.07.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, суправентрикулярная экстрасистолия. Эл. ось не отклонена. Рубец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

16.07.15 (8-20)ЭКГ: ЧСС -38 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Удлинение эл. систолы.

16.07.15 (11-30)ЭКГ: ЧСС -43 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Удлинение эл. систолы. Без отрицательной динамики.

16.07.15 (15-05)ЭКГ: ЧСС -41 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13-17.07.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл, диффузный кардиосклероз, синусовая брадикардия, единичная желудочковая экстрасистолия. СН 1. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь Ш ст, II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

17.07.15 Нефролог: ХБП Ш, МКБ с отхождением конкрементов, анемия. В настоящее время необходимости в приеме антибактериальных препаратов нет.

Лечение: тиоктацид, актовегин, ноотопил, каптоприл, физотенс, линекс, нолипрел форте, Фармасулин НNР, канефрон, тауфон, пирацетам, оптикс форте, аспирин кардио, атропин, клопидогрель.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/60 мм рт. ст. ЧСС 48-60 уд/мин. Осмотрена кардиологом 17.07.15 (повторно), даны рекомендации по лечению, предложена госпитализация в кардиологическое отделение ЗОКБ. От госпитализации в кардиологическое отделение больная категорически отказывается, о возможных осложнениях предупреждена, о чем имеется подпись в истории болезни пациентки и дочери.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия Фармасулин НNР: п/з-20-24 ед., п/уж -4-6 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: продолжить лечение в кардиологическом отделении, аспирин кардио 100 мг 1р\д, клопидогрель 75 мг 1р \д, предуктал MR 1т 2р\д, нолипрел 1т 1р/д под контролем АД. При недостаточном снижении АД амлодипин 5-10 мг с учетом АД, ЧСС. Контроль АД, ЭКГ.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. УЗИ щит. железы
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
10. Рек нефролога: канефрон 2т 3\д 1 мес. 3-4 р/год, адекватная противогипертензивная терапия. Прием препаратов железа.
11. Контр ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.