#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 362

##### Ф.И.О: Ганова Елена Петровна

Год рождения: 1961

Место жительства: Акимовский р-н, с. Шевченко, ул. Малиновского 6

Место работы: Петровская ООШ 1- II ст, учитель, инв Ш гр

Находился на лечении с 13.03.15 по 23.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН 1. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II на фоне стенозирующего атеросклероза ( стеноз ВСА с двух сторон), С-м ПА справа. Венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Вестибуло-атактический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ 36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., отеки н/к, снижение памяти, частые головные боли, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2008 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 4ед., п/у-38 ед., янумет 1т утром, Сиофор 1000 мг веч. Гликемия –8,6-17,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.03.15 Общ. ан. крови Нв –135 г/л эритр –4,1 лейк – 5,4 СОЭ – 15 мм/час

э- 0% п- 3% с- 60% л- 36 % м- 1%

16.03.15 Биохимия: СКФ –134 мл./мин., хол –4,1 тригл -1,58 ХСЛПВП – 0,93ХСЛПНП – 2,45Катер -3,40 мочевина –4,5 креатинин –70 бил общ –11,2 бил пр –3,8 тим –1,7 АСТ –0,34 АЛТ – 0,57 ммоль/л;

17.03.15 С-реактивный белок – отр

### 17.03.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

20.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - белок – отр

16.03.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.03 | 7,1 | 9,0 | 11,2 | 11,0 |
| 16.03 | 10,1 | 8,7 | 11,1 | 9,2 |
| 18.03 | 12,2 | 12,1 | 11,4 | 15,5 |
| 20.03 | 8,2 | 12,3 | 9,3 | 9,9 |
| 22.03 | 6,2 | 8,1 |  |  |

23.03.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II на фоне стенозирующего атеросклероза (стеноз ВСА с двух сторон). См ПА справа. Венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Вестибуло-атактический с-м.

13.03.15Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,4 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.03.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.03.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.03.15 На р-гр кистей признаки умеренно выраженного субхондрального склероза в межфаланговых с-вах обеих кистей.

19.03.15 На р-гр стоп определяется сужение и субхондрального склероза в 1х плюснефаланговых с-вах обеих стоп

16.03.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.03.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноокклюзивного атеросклероза. Стеноз ПББА справа – 65-68%, слева 46-50%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.03.15 Дупл сканирование брахицефальных артерий: на руках.

13.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V =5,6 см3

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

Лечение: Фармасулин НNР, янумет сиофор, тиоктацид, актовегин, мильгамма, мидокалм.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта кардиолога, невропатолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з 50-52 ед, п/у 38-42 ед.

Янумет 1т утром,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*веч

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 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: небивалол 2,5 мг 1р\д, фозиноприл 10 мг\сут.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.
7. Рек. невропатолога: Лира 1000 мг в/м № 10, глиятон 100 мг в/м № 10, вестибо 16 мг 3р\сут 3 мес, нормовен 2 т утром 1 мес,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс 1т.\*1р/д.
10. Конс. ревматолога по м\ж.
11. Б/л серия. АГВ № 234780 с 13.03.15 по 23.03.15. К труду 24.03.15.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.