#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1064

##### Ф.И.О: Данилевская Валентина Александровна

Год рождения: 1933

Место жительства: г. Запорожье ул. Нагнибеды д 11-61 (проживает у дочери, прописана Днепропетровская обл. г. Синельниково)

Место работы: участник ВОВ, серия В II № 002657

Находился на лечении с 06.09.15 по 16.09.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, диффузный кардиосклероз, фибрилляция предсердий. СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии II степени. Гипертензивное сердце. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, ощущение перебоев в сердечной деятельности, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССТ. Около 3 лет назад в связи с декомпенсацией переедена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н30/70 п/з- 14ед., п/у- 12ед., дибизид – 2т. Гликемия –10,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. В течение последних 2 нед. отмечала вышеуказанные жалобы, в связи с чем родственниками доставлена в ЗОКБ, где взята глюкоза крови – 25,0 ммоль/л. Направлена в эндокриндиспансер. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД. Амбулаторно бесконтрольно принимала сердечные гликозиды, в связи с признаками дигиталисной интоксикации весь период находилась в ОИТ.

Данные лабораторных исследований.

06.09.15 Общ. ан. крови Нв –133 г/л эритр –4,2 лейк – 6,8 СОЭ – 13мм/час

э- 2% п-3% с- 65% л- 25 % м-5 %

14.09.15 Общ. ан. крови Нв –120 г/л эритр –3,8 лейк – 5,1 СОЭ – 22мм/час

э- 1% п-0% с- 79% л- 16 % м-4 %

07.09.15 Биохимия: хол –6,0 тригл – 2,5ХСЛПВП -1,0 ХСЛПНП – 3,85Катер -5,0 мочевина –8,2 креатинин –100 бил общ –17,6 бил пр –4,1 тим – 4,7 АСТ – 0,19 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

07.09.15 Амилаза – 29 (0-90)Ед/л

07.09.15 Тропонин – отр.

06.09.15 Гемогл – 133; гематокр – 0,43; общ. белок – 6,7 г/л; К –5,02; Nа –139,6 ммоль/л

09.09.15 К – 3,98 ммоль/л

11.09.15 К – 4,0 ммоль/л

14.09.15 К – 3,7 ммоль/л

14.09.15 МНО – 1,05 (1,0)

06.09.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 96,6 %; фибр –4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10-4

11.09.15 Проба Реберга: Д-1,1 л, d-0,76 мл/мин., S- 1,77кв.м, креатинин крови- 104мкмоль/л; креатинин мочи- 6955,0 мкмоль/л; КФ-49,68 мл/мин; КР- 98,5 %

### 06.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

С 09.05.15 ацетон - отр

07.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -11500 эритр - белок – отр

11.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 250 белок – отр

15.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – отр

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.09 |  |  | 11,4 | 12,8 | 10,6 |
| 07.09 | 8,2 | 12,6 | 12,7 | 13,8 |  |
| 09.09 2.00-8,2 | 8,3 | 9,1 | 11,6 | 10,0 |  |
| 11.09 | 10,9 | 13,6 | 8,5 | 10,4 |  |
| 13.09 | 7,7 | 11,2 | 11,2 | 8,9 |  |
| 14.09 | 8,0 | 7,8 | 7,9 | 9,1 | 8,9 |
| 15.09 | 7,8 | 10,0 | 10,5 | 5,6 |  |

07.09.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза ( дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

16.09.15 Невропатолог повторно по поводу боли в правом плечевом суставе. Рекомендовано р-гр пр плечевого сустава с последующей конс травматолога по м/ж

07.09.15Окулист: (осмотр в ОИТ)

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс 1-II Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

10.09.15ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий, брадикардия, с периодическими паузами. Эл. ось отклонена влево неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия ЛЖ. Умеренные признаки дигиталисной интоксикации. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

07.09.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, фибрилляция предсердий. Брадиаритмия. СН II А. ф. кл II. Кардиомиопатия? Гипертоническая болезнь Ш стадии II степени. Гипертензивное сердце. В дальнейшем неоднократно консультирована.

08.07.15 Кардиохирург Осауленко В.В.: ИБС, стенокардия IV ф.кл. постоянная форма фибрилляции предсердий. СН 1 ст. Гипертоническая болезнь Ш , высокая степень риска

15.09.15ЭХО КС: КДР-5,62 см; КДО-154 мл; КСР-4,3 см; КСО-84 мл; УО- 70,3мл; МОК- 5,9л/мин.; ФВ- 45%; просвет корня аорты 3,56- см; ПЛП – 4,48 см; МЖП –0,89 см; ЗСЛЖ – 1,08см; ППЖ- 0,84см; ПЛЖ- 5,62см; По ЭХО КС: Склероз аорты, АК, МК, увеличение обеих предсердий. Систолическая дисфункция ЛЖ, митральная регургитация II ст, трикуспидальная регургитация 1 ст, легочная гипертензия 1 ст.

10.09.15 Холтеровское мониторирование ( на руках)

06.09.15,Р-гр ОГК: легкие инфизематозные, корни тяжисты, в н/отд пневмосклероз, сердце расширено за счет левого желудочка.

14.09.15 на р- гр ОГК легкие без инфильтрации. Признаки пневмофиброза. Корни фиброзированы. Корни фиброзно изменены Сердце увеличен левый желудочек.

Лечение: Хумодар Р100Р, Фармасулин 30/70, предуктал MR, аспирн кардио, актовегин, берлитион, гепарин, ноотропил, L-лизин эсцинат, левофлокс, витаксон, тауфон, амлодипин, трифас, аспаркам, варфарин, KCL, тиоктодар, цефтриаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Перевод в кардиологическое отделение по м\ж для коррекции терапии.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н (Хумодар Р100Р) п/з-20-22 ед., п/о-20-22 ед., Фармасулин 30/70 п/уж -26-28 ед. после стабилизации состояния повторная лечение в энд. отд по м\ж. для коррекции ССТ.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Рек. кардиолога: трифас 10 мг утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., амлодипин 5-10 мг/сут. Контроль АД, ЭКГ.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
10. Рек кардиохирурга: необходимость в имплантации постоянного кардиостимулятора преждевременна, коррекция терапии, контроль АД, пульса, ЧСС (2/д) + введение дневника; в лечении ингибиторы АПФ, диуретики, антогонисты кальция, группа нифедипина постоянно, варварин под контролем МНО ( не более 2,5) АСК не более 150 г после 19.00; выполнить в плановом порядке ДЭХОКС, Холтеровское мониторирование, повторный осмотр ч/з 2 нед.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.