#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1514

##### Ф.И.О: Чекмак Валентина Павловна

Год рождения: 1944

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Спасское, ул. Пионерское, 12

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.12.15 по 14.12.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Открытоугольная глаукома 1-а ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая). Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия с преимущественным вовлечением в/к, н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника поясничного отдела, удаление грыжи дисков L5-S1 (2000) Хр. рецидивирующее течение, стадия неполной ремиссии. Недостаточность мышц тазового дна, Цистоцеле 1-II. Вагинальное кольцо. Хроническая инфекция мочевыделительной системы. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1 САГ 1 . Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., боли в н/к, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1996 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-6 ед., п/у- 8ед., Хумодар Б100Р п/з- 20ед., п/у-10 ед. Гликемия –6,4-12,4-8,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50-100 мг веч. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.12.15 Общ. ан. крови Нв –127 г/л эритр –3,8 лейк – 5,6 СОЭ – 3 мм/час

э-2 % п- 0% с- 66% л- 26% м- 6%

07.12.15 Биохимия: СКФ –71 мл./мин., хол –6,33 тригл -1,67 ХСЛПВП -1,10 ХСЛПНП -4,46 Катер -4,7 мочевина –3,2 креатинин –68,4 бил общ –11,5 бил пр –2,9 тим – 1,1 АСТ –0,30 АЛТ –0,38 ммоль/л;

### 09.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 7-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

08.12.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 11500эритр - 250 белок – отр

07.12.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 5.12 | 7,3 | 7,7 | 5,8 | 6,1 |
| 08.12 | 5,4 | 4,0 | 9,1 | 10,6 |
| 10.12 | 5,6 | 4,1 | 7,8 | 8,7 |
| 13.12 | 5,1 | 8,1 | 8,0 | 8,4 |

04.12.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая). Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия с преимущественным вовлечением в/к, н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника поясничного отдела, удаление грыжи дисков L5-S1 (2000) Хр. рецидивирующее течение, стадия неполной ремиссии.

07.12.15Окулист: VIS OD= 0,3OS= 0,5 ; ВГД OD=20 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Открытоугольная глаукома 1-а ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

04.12.15ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

09.12.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1 САГ 1 .

07.12.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.12.15Гинеколог: Недостаточность мышц тазового дна, Цистоцеле 1-II. Вагинальное кольцо.

07.12.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

07.12.15Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больной варикозной болезни н/к.

1412.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2 см3; лев. д. V = 4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, лозап, магникор, розувастатин, берлитион, витаксон, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гипогликемии значительно уменьшились, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 24-26ед., п/уж -10-12 ед.,

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: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., лозап 50 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
4. Магникор 75 мг 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, АТТПО, с послед. конс эндокринолога.
7. Ципрофлоксацин 500 2р/д – 5 дней, флуконазол 50 1т /д 10 дней, затем 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
8. Рек гинеколога: замена вагинального кольца.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.