#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1545

##### Ф.И.О: Галенко Мария Томовна

Год рождения: 1962

Место жительства: Пологовский р-н, с. Чубаревка, ул. Первомайская 166

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.12.15 по 21.12.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, болевой с-м. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Постинфарктный кардиосклероз (2014) СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, с-м вестибулопатии. Ожирение Ш ст. (ИМТ >40кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, чувство жжения в стопах, боли внизу живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR, сиофор). С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведена на Фармасулин Н, Фармасулин НNР, затем амбулаторно на Фармасулин 30/70. В наст. время принимает: Фармасулин 30/70 п/з- 42ед., п/у- 16ед., глюкофаж XR 500 в обед. Гликемия –10,9 ммоль/л. НвАIс – 9,6 % от 12.11.15. Последнее стац. лечение в 01.20.15г. Повышение АД в течение 33 лет. Незначительные диффузные изменения щит. железы, АТ ТПО – 8,2 (0-30) МЕ/мл от 2014. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.12.15 Общ. ан. крови Нв – 153 г/л эритр –4,6 лейк –5,4 СОЭ –30 мм/час

э- 1% п- 0% с- 67% л- 29 % м- 3%

16.12.15 СОЭ – 8 мм/час

14.12.15 Биохимия: СКФ –96,9 мл./мин., хол –7,75 тригл -3,02 ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП -5,16 Катер -5,5 мочевина –6,3 креатинин – 90 бил общ –12,0 бил пр –3,0 тим –3,6 АСТ – 0,69 АЛТ –0,45 ммоль/л;

18.12.15ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл

### 15.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

14.12.15 кал на я/г - отр

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

14.12.15 Суточная глюкозурия – 2,79 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.12.15 Микроальбуминурия –53,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.12 | 11,8 | 11,7 | 10,9 | 12,9 |  |
| 16.12 | 10,6 | 9,0 | 6,1 | 8,6 |  |
| 19.12 | 8,5 | 9,1 | 6,7 | 7,5 | 5,9 |

11.12.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, болевой с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, с-м вестибулопатии.

09.12.15Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,3

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.12.15ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда переднебоковой области. при сравнении ЭКГ от от 08.12.15 без отр. динамики

17.12.5Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Постинфарктный кардиосклероз (2014) СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

14.12.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.12.15РВГ: Нарушение кровообращения справа - II ст с лева – N, тонус сосудов N.

14.12.15Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

16.12.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; по типу дистрофии 1 ст, застоя желчном пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

11.12.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2см3; лев. д. V =5,6 см3

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

Лечение: фенигидин, глюкофаж XR, вестинорм, габагамма, бисопролол, индапрес, амлодипин, хипотел, кардиомагнил, форксига, тиогамма, нейровитан, актовегин. Фармасулин 30/70,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм 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: Фармасулин 30/70 п/з- 40-42ед., п/уж -16-18 ед.

ССТ: глюкофаж XR 1000 - 1т. утром.

Форксига 1т утро п/з.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100 г утром, при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Бисопролол 5 мг в обед, индапрес 2,5 мг утром. амлодипин 5-10 мг утром, хипотел 40 мг утром, Контр. АД.
6. Тиогамма (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.
7. Рек. невропатолога: вестинорм 24 мг 2р/д медитан 300 3р\д , снижать по схеме.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.