#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 154

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

Год рождения: 1955

Место жительства: Пологовский р-н, с. Инженерное, ул. Ленина, 114

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.02.15 по 16.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хронической инфекцией мочевыделительной системы. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, в/к IIст, сенсорная форма. Вторичная люмбасакралгия справа. ДЭП II. ТИА в левой гемисфере (04.2013) Хронический субатрофический фарингит, обострение. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 31,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб узел правой доли. Эутиреоидное состояние. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, боли в поясничной области, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли, периодические отеки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (диапирид). В 2010 переведена на комбинированную инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 30ед., п/у- 12ед. Гликемия –9-14 ммоль/л. НвАIс – 12,5 % от 08.09.14. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг/сут нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.02.15 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр – 4,0 лейк –9,6 СОЭ –9 мм/час

э- 0% п- 2% с- 53% л- 7% м- %

16.02.15 Общ. ан. крови Нв –137 г/л эритр – 4,3 лейк – 4,2 СОЭ – 32 мм/час

э- 1% п- 1% с- 46% л- 48 % м-4%

04.02.15 Биохимия: СКФ –68,9 мл./мин., хол –6,2 тригл -1,44ХСЛПВП -0,86 ХСЛПНП – 5,97Катер -6,2 мочевина –6,7 креатинин – 88,8 бил общ –19,6 бил пр –4,5 тим – 0,99 АСТ –0,34 АЛТ –0,37 ммоль/л;

13.02.15 ТТГ –1,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 04.02.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – в п/зр белок – 0,058 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

09.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -78000 эритр - белок – 0,028

13.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,028

06.02.15 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 0,036

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.02 | 3,9 | 10,2 | 4,3 | 6,3 |
| 08.02 | 6,9 | 9,2 | 7,0 | 8,1 |
| 10.02 |  | 9,4 | 7,3 | 8,9 |
| 13.02 |  | 6,7 |  |  |

04.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, в/к IIст, сенсорная форма. Вторичная люмбасакралгия справа. ДЭП II. ТИА в левой гемисфере (04.2013)

04.02.15Окулист: VIS OD= 0,2 OS= 0,1

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

03.02.15ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Умеренная гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

09.02.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4

03.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.01.15 ФГ ОГК№ 84538: Усилен легочной рисунок в н/ отд, корни малоструктурный, сердце без особенностей.

13.02.15 На р-гр ПОП в 2х проекциях признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвоночных дисков, Сколиоз ПОП, смещение 75 L5 кзади до 0,5.

11.02.15 Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: на руках

10.02.15 ЛОР Хронический субатрофический фарингит, обострение.

06.02.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

09.02.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, функционального раздражения кишечника.

04.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,62 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли.

Лечение: лозап, розувастатин, левофлоксацин, амлодипин, Хумодар К 25 100Р, диалипон, витаксон, ревмоксикам, анальгин, димедрол, эспа-липон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД120/80 мм рт. ст. Больная выписывается под наблюдение участкового терапевта по м/ж в связи с ОРВИ.

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 К 25 100Р п/з- 30-32ед.

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: лозап 50 – 100 1р\д, индап 2,5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Амлодипин 5мг веч. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. Рек. невропатолога: ревмоксикам 1,5 мл в/м№ 5, фаст релиф местно.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в 6 мес.
8. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д, кальция добезилат 1т 3р\д., конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.