#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 173

##### Ф.И.О: Василенко Анна Ивановна

Год рождения: 1953

Место жительства: Ореховский р-н, с. Н-Троицкое ул. Ленина 67

Место работы: пенсионер, инв Шгр

Находился на лечении с 09.02.16 по 19.02.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, преимущественно в ВББ. Малый мозговой ишемический инсульт (2002) с обратимым неврологическим дефицитом, с-м вестибулопатии. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, стадия нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 14 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, шум в глове, приступы сердцебиения, общую слабость, быструю.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2002 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 25ед., п/о- 20ед., п/у- 5ед., Хумодар Б100Р 22.00 35 ед.

Гликемия –3,6-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 19 лет. Из гипотензивных принимает эналазид 1т утром, кардиомагнил 75 мг веч. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.02.16 Общ. ан. крови Нв –156 г/л эритр –4,7 лейк –9,2 СОЭ –19 мм/час

э- 2% п- 0% с- 66% л-28 % м- 4%

15.02.16 Общ. ан. крови Нв –140 г/л эритр –4,4 лейк – 5,2СОЭ –12 мм/час

э- 2% п- 1% с- 64% л- 26% м-7 %

20.02.16 Биохимия: СКФ –66,4 мл./мин., хол –5,4 тригл -2,2 ХСЛПВП -1,32 ХСЛПНП – 3,08Катер -3,1 мочевина – 10,9 креатинин –116 бил общ –11,8 бил пр – 2,9 тим –3,1 АСТ – 0,40 АЛТ – 0,52 ммоль/л;

12.02.16 глик гемоглобин – 15%

12.02.16; К – 3,9; Nа – 132 Са – 2,09 ммоль/л

### 10.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –2-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

15.02.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5000 эритр -250 белок – отр

12.02.16 Суточная глюкозурия – 0,76 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.02 | 9,0 |  |  |  |  |
| 11.02 | 9,5 | 12,3 | 12,0 | 11,2 | 9,0 |
| 14.02 | 7,3 | 11,2 | 7,8 | 6,7 | 9,0 |
| 17.02 | 12,2 |  |  |  |  |
| 18.02 | 6,9 | 8,8 | 6,0 | 6,3 |  |

09.02.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, преимущественно в ВББ. Малый мозговой ишемический инсульт (2002) с обратимым неврологическим дефицитом, с-м вестибулопатии.

10.2.16Окулист: (осмотр в палате)

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.02.16ЭКГ: ЧСС 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

10.2.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

17.02.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.02.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

18.02.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкремента в желчном пузыре.

17.02.16 Р-гр ОГК№ 39825: Легкие без инфильтрации, сердце увеличен лев. желудочек.

17.02.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; лев. д. V =4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, эналазид, аторвастатин, индапрес, бисопролол, ципрофлоксацин, офлоксацин, бисопролол, индапрес, диалипон, тивортин, ноотропил, кардиомагнил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Сохраняется сниженное настроение, чувство тревоги.

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 Р100Р п/з- 32-34ед., п/о-25-27 ед., п/уж – 10-12ед., Хумодар Б100Р п/у 38-40 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д,нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., небивалол 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. КАГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5-10 мг утром, бисопролол 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л 2р\д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТТПО, повторный осмотр.
11. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д трайкор 1т 1р/д,, оптикс форте 1т 1р\д.
12. Конс. гастроэнтеролога, хирурга по поводу ЖКБ.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.