#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 510

##### Ф.И.О: Камянская Мария Владимировна

Год рождения:1938

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ул. Пролетарская, 52

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.04.17 по 18.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диаб. ангиопатия артерий н/к.IIст. ДЭП 1- II сочетанного генеза, преимущественно в ВББ,с-м умеренной вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей.почти зрелая катаракта, птеригиум, ангиопатия сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДДПП, с-м торакалгии, хр. рецидивирующее течение.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения,боли в н/к, судороги, онемение ног, чувство парестезии,повышениеАД макс. до 160/90мм рт.ст., головные боли в затылочной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в2006г во время лечения в кардиологическом отделении. Течение стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (глибомет). С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведена инсулинотерапию. В наст.время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 34ед., п/у-22 ед.Гликемия –12,6ммоль/л. НвАIс - 9,6% от 04.03.17 . Повышение АД в течение 20лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг, предуктал MR , кардиомагнил .Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.04 | 141 | 4,2 | 6,2 | 40 | 2 | 8 | 48 | 40 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.04 | 69,7 | 6,4 | 1,87 | 0,95 | 4,6 | 5,7 | 6,2 | 80,3 | 11,4 | 2,8 | 6,1 | 014 | 0,33 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 05.04.17Общ. ан. мочи уд вес м/млейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

07.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 6500 эритр - 250 белок – отр

12.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 16000эритр - 1000 белок – отр

18.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000эритр - белок – отр

06.04.17Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.04.17Микроальбуминурия–56,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.04 | 8,1 | 10,5 | 7,2 | 9,9 |
| 09.04 | 7,9 | 10,5 | 6,1 | 9,0 |

13.04.17 Невропатолог: ДЭП 1- II сочетанного генеза, преимущественно в ВБС ,с-м умеренной вестибулопатии. ДДПП, с-м торакалгии, хр. рецидивирующее течение. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение

11.04.17 Окулист: Почти гомогенное помутнения в хрусталиках, птеригиум II ст. гл. дно под густым флером. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Узкие, сосуды,вены полнокровны, выраженный ангиосклероз. Д-з: почти зрелая катаракта, птеригиум, ангиопатия сетчатки ОИ. Рек-но оперативное лечение .ФЭК + ОИЛ на ОИ + удаление птеригиума в плановом порядке.

10.04.17 ЭКГ:ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл.ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

06.04.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Р-но аспирин кардио 100мг 1р\д, нолипрел форте 1т 1р\д, аторвастатин 20 мг 1р\д, предуктал MR 1т 3р/д, небивалол 2,5 мг 1р/д

04.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст.

10.04.17РВГ: Нарушение кровообращения справа IIст, слева – II- Ш ст., тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока слева..

10.04.17 Допплерография: Эхографически невозможно найти а. tibialisроst с двух сторон из-за анатомических особенностей расположения артерий н/к

Лечение: клосарт, витаприл, тиогамма, актовегин, мильгамма, Хумодар Б100Р, офлоксацин, флуконазол, предуктал MR, кардиомагнил, аторвастатин, тиогамма.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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-34-36 ед., п/уж – 22-24 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин20 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Берлитион (диалипон) 300 мг по 2 капс 1р/д. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д.)1 мес.,
8. Гипотензивная терапия: периндоприл 5мг+индапамид 1,25 мг утром (нолипрел форте 1 т утром) ,небиволол 2,5 мг 1 таб утром, кардиомагнил 75 мг 1 таб на ночь.

##### Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В