#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 238

##### Ф.И.О: Велика Валентина Леонтьевна

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Полякова

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 15.02.18 по 20.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Вторичная макулдродистрофия ОД. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП Ш ст., смешанного ґенеза, цереброастенический с-м, Последствия перенесённого ишемического инсульта (07.12.15) в левой гемисфере, левой СМА, сенсомторная афазия. умеренный парез правой н/к, глубокий парез в/к. Гипертоническая болезнь Ш ст. Гипертензивное сердце . Риск 4. Мультифокальный атеросклероз, С-м Лериша. Хр. ишемия н/к II В ст. СМН IV.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, отечность правой н/к, сухой кашель.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Ранее принимал Фармасулин НNP п/з – 22 ед, п/у 12 ед, с 07.02.18 – 15.02.18 стац лечение в неврологическом отд 2-й ГБ со слов однажды вводил Фармасулин НNP п/з 12 ед, п/о – 12 ед, п/у 6 ед. Гликемия 12-17 ммоль/л (выписной эпикриз № 406 прилагается). Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает леркамен 10 мг веч + вальсокор Н 160 мг утром, аспирин кардио 100 мг 1р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.02 | 129 | 4,42 | 7,1 | 44 | 0 | 1 | 63 | 27 | 9 |
| 19.02 | 124 | 4,0 | 6,4 | 44 | 1 | 1 | 62 | 27 | 8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.02 |  | 7,94 | 2,07 | 1,34 | 5,65 | 4,9 | 7,6 | 122 | 13,7 | 2,8 | 1,3 | 0,33 | 0,65 |

16.02.18 Глик. гемоглобин -9,4 %

16.02.18 Амилаза – 35,6

16.02.18ТТГ – 3,4(0,3-4,0) Мме/мл

19.02.18 АЧТЧ – 21,6 МНО 0,978 ПТИ 103,1 фибр 4,9

16.02.18 Гемогл – 129 ; гематокр –0,41 ; общ. белок –69 г/л; К 4,98 ; Nа 144 ммоль/л

17.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-122 мкмоль/л; креатинин мочи- 24480 мкмоль/л; КФ- 197,1мл/мин; КР- 99,5 %

### 16.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,358 ацетон –отр; эпит. пл. много- ; эпит. перех. -много в п/зр

17.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -100 эритр - белок – 1,15

17.02.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,691

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.02 |  | 11,5 | 9,1 | 9,4 |
| 16.02 2.00-8,8 | 8,8 | 8,6 | 8,8 | 7,8 |
| 17.02 | 8,4 | 9,5 | 7,1 | 9,2 |
| 18.02 | 8,0 | 7,7 | 9,2 | 11,8 |
| 19.02 | 10,2 | 9,2 | 10,0 | 10,6 |
| 21.02 | 6,9 | 6,3 | 9,4 | 6,9 |

15.02.18Невропатолог: ДЭПШ ст., смешанного ґенеза, цереброастенический с-м, Последствия перенесённого ишемического инсульта (07.12.15) в левой гемисфере, левой СМА, сенсомторная афазия. умеренный парез правой н/к, глубокий парез правой руки. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

16.02.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие, артерии сужены, вены широкие, извиты, полнокровны, с-м Саллюс II ст. Микроаневризмы. На ОД в макуле атрофический очаг. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Вторичная макулдродистрофия ОД.

15.02.18 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

15.02.18Кардиолог: Гипертоническая боелзнь Ш ст. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.02.18 Ангиохирург: Мультифокальный атеросклероз, С-м Лериша. Хр. ишемия н/к II В ст. СМН IV Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.02.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

Лечение: Фармасулин НNP, гепарин, предукатал, вальсокор, леркамен глиматилин, банлофен, левофен, берлитион, аспаркам, Фармасулин Н, леквастор, вессел дуэ, берлитион, эналаприл валериана, глиатилин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з 22-24 ед, п/у 12-14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, индап 2,5 мг , эналаприл 5-10 мг 2р/д.
9. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., .
10. Рек ангиохирурга: левостор 20 мг 1т 1р/д длительно, плетол 100 1т 1р/д длительно,

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.