#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 959

##### Ф.И.О: Кричковский Василий Ефимович

Год рождения: 1958

Место жительства: г. Запорожье ул. 40 л. Сов Украины 42а

Место работы: КУ ОЗ «Городская стоматологическая поликлиника №3», врач стоматолог, инв II гр.

Находился на лечении с 10.08.15 по 21.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП III ст.: Диабетическая нефропатия V ст. ХПН 1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая). Последствия перенесенных ишемических инсультов в стволе гол. мозга (2005, 2011,2014). Бульбарный с-м умеренной степени выраженности. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за 6 мес, повышение АД макс. до 250/100 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, пекущие боли в подошвенной части стоп, одышку при ходьбе в положении лежа, боли в тазобедренных коленных, плечевых с-вах, усиливающиеся при движении.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, сиофор). С 2010 в связи со стойкой декомпенсацией инсулинотерапия: Протафан НМ в сочетании с глюкофажем. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-18 ед., п/у-8 ед., Протафан НМ п/з 44 ед, п/у – 48 ед., глюкофаж 1000 2р\д. Гликемия –8,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД с 38 лет. Из гипотензивных принимает корвазан 12,5 мг, кордасан 20 г, трайкор 145 мг, бритамар, нификард. Ишемический инсульт – 2005, 2011, 2014(дважды). С 2010 нефропатия в виде артериальной гипертензии, протеинурии, повышение уровня креатинина. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.08.15 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр – 4,1 лейк –6,3 СОЭ – 27 мм/час

э- 3% п- 3% с- 63% л- 27% м- 4%

11.08.15 Биохимия: СКФ – 43,31мл./мин., хол –4,7 тригл – 4,7ХСЛПВП -2,3 мочевина –9,1 креатинин – 181,5 тим –11,9 АСТ –2,25 АЛТ – 2,2 ммоль/л;

18.08.15 Биохимия: СКФ –49,25 мл./мин., мочевина –6,3 креатинин –159,6 бил общ –8,5 бил пр – 2,2 тим – 5,3 АСТ – 0,94 АЛТ – 0,93 ммоль/л;

14.08.15; К – 2,7 ; Nа – 131 Са – 2,53 ммоль/л

16.08.15 К – 3,26 ммоль/л

18.08.15 К – 3,37 ммоль/л

### 11.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

13.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,747

11.08.15 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – 2,27

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.08 |  | 16,6 | 17,2 |  |  |
| 11.08 | 6,5 | 7,4 | 11,9 | 14,8 |  |
| 14.08 |  |  | 10,9 |  |  |
| 17.08 | 7,0 | 9,4 | 15,1 | 14,3 | 14,0 |
| 19.08 | 4,2 | 6,0 | 6,8 | 9,8 | 5,2 |

11.08.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая). Последствия перенесенных ишемических инсультов в стволе гол. мозга (2005, 2011,2014). Бульбарный с-м умеренной степени выраженности.

13.08.15Окулист: (осмотр в ОИТ)

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

10.09.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Признаки гипертрофии миокарда с перегрузкой. Выраженные изменения миокарда задней стенки ЛЖ.

12.08.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

19.08.15Нефролог: ХБП III ст.: гипертензивная, диабетическая нефропатия.

11.08.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

12.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8 см3; лев. д. V = 6,4 см3

Перешеек – 0,38см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, цераксон, нейромидин, корвазан, бритамар, кардосан, нификард XL, глюкофаж, трайкор, клопидогрель, физиотенс, аспаркам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80-170/90 мм рт. ст. сохраняется шаткость при ходьбе, головокружение. В анализах удерживается хилез и гипокалиемия

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/уж -12-14 ед., Протафан НМ п/з- 52-54ед., п/уж – 48-50ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы. Трайкор 145 мг/сут, контроль клуб фильтрации. При снижении СКФ до 20 мл\мин трайкор отменить, при необходимости увеличить дозу аторвастатина.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т утром, амлодипин 5-10 м/сут, предуктал MR 1т 2р/д, при недостаточном эффекте физотенс 0,2 мг/сут Контроль АД, ЭКГ.
8. Корвазан 12,5 мг утром, кардосал 10-20 мг/сут нификард XL 30 мг\сут, физиотенс 0,2-0,4 мг/сут, клопидогрель 75 мг веч, трайкор 145 мг/веч, торвакар 10 мг веч. . Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: нейромидин 1т 3р/д 1 мес.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ МВС с определением размеров почек. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ с двойным путем выведения.
11. Конс. в гепатоцентре в связи с повышение тим. пробы.
12. Аспаркам 1т 3р\д 7 дней. Контр К в динамике.
13. Б/л серия. АГВ № 234956 с 10 .08.15 по 21 .08.15. К труду 22.08.15.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.