#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1478

##### Ф.И.О: Полозова Нагима Мамедовна

Год рождения: 1956

Место жительства: Г. Польский р-н, г.Г Поле ,ул 1 мая, 59

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 07.11.18 по 14.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2014) СН I. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4. Последствия перенесенного ишемического инсульта (04.2018), левосторонний гемипарез. Частичная атрофия зрительного нерва ОД. Осложненная катаракта. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический цистит, обострение. Варикозная болезнь ВРВ II ст (поверхностных) голени обеих н/к.

Жалобы при поступлении на общую слабость, учащенный ночной диурез, жжение и чувство ползания «мурашек» в стопах, сухость во рту, жажду, снижение веса на 5 кг за 6 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, боли в области сердца колющего характера, боли и рези в конце мочеиспускания в течение последних 2 дней возникшие после переохлаждения.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. в послеоперационном периоде по поводу ЖКБ. С того же времени принимает ССТ (метформин, сиофор, манинил). В течение последнего месяца принимает дуглимакс 2/500 1т 2р/д, глибенкламид 5 мг 1т утром

Гликемия 14,0-20,0 ммоль/л. НвАIс 9,4 % от 22.10.18. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает триплексам 5/1,25/5мг 1т утром, лоспирин 75 мг 1т на ночь. В 2014 инфаркт миокарда. В 04.2018 ишемический инсульт. 1998- холецистэктомия (ЖКБ). В 45 лет экстирпация матки с придатками. В анамнезе непереносимость никотиновой кислоты.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 08.11 | 147 | 4,4 | 6,8 | 16 | |  | | 1 | 1 | 59 | 37 | | 2 | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.11 | 86,1 | 4,4 | 1,8 | 1,06 | 2,5 | | 3,2 | 5,3 | 63 | 9,8 | 2,0 | 1,8 | | 0,27 | 0,22 |

08.11.18 К – 4,14 ; Nа – 138,6 Са++ -1,22 С1 106 ммоль/л

### 08.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк на всё в п/зр белок – 0,028 ацетон –отр; не подлежит микроскопии.

12.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

09.11.18 Суточная глюкозурия –1,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.11.18 Микроальбуминурия – 35,1/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.11 | 11,1 | 14,4 | 13,8 | 12,9 |
| 11.11 | 6,8 | 8,1 | 8,5 | 8,8 |
| 13.11 | 7,1 | 13,8 | 8,3 | 6,4 |

12.11.18 Окулист:. Очаговые заднекапсулярные помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ОД бледный, гр четкие. OS – ДЗН бл. розовый сосуды сужены ,извиты ,склерозированы, вены уплотнены, в макуле без особенностей Д-з: Частичная атрофия зрительного нерва ОД. Осложненная катаракта. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

26.10.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена . Диффузные изменения миокарда.

08.11.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз п/инфарктный кардиосклероз? СН II А .ф. кл II САГ 2 ст. рек: индапен 1т 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д Контроль АД, ЧСС, ЭХО-КС, Ntpro BNP.

13.11.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь ВРВ II ст (поверхностных) голени обеих н/к. Остаточные явления перенесенного ишемического инсульта в виде пареза левой н/к. Рек: дупликс н/к в плановом порядке, детралекс 500 мг 2р/д 1-2 мес, компрессионный трикотаж, физиотерапия.

07.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,3 см3; лев. д. V =3,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура крупнозернистая с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: дуглимакс, метамин SR триплексам, асафен, диалипон, левофлоксацин

Состояние больного при выписке: От перевода на инсулинотерапию пациентка отктазалась, на фоне преима ССТ гликемия в пределах субкомпенсированых значений. общее состояние улучшилось, дизурических жалоб нет.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: дуглимакс 2/500 2т утром, метамин SR 1000 мг веч. При отсутствии компенсации госпитализация для перевода на инсулинотерапию.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: трипликсам 5/2,5/5 мг 1т утром, лоспирин 75 мг 1т веч. Контр. АД.
8. Диалипон 300 мг 2т утром 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Левофлоксацин 500 мг 1т 1р\д 4 дня, контроль ан. мочи в динамике по м/ж
10. ЭХО-КС в плановом порядке с послед.конс.кардиолога
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. АТТПО, ТТГ в плановом порядке с послед. Конс. эндокринолога по м/ж

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.