#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1481

##### Ф.И.О: Кривенко Валентина Викторовна

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье ул. Магистральная 86а

Место работы: КА «НВК» Искра» ул. Магистральная 84, радиомонтажник

Находилась на лечении с 07.11.18 по  17.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиоретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ30,8 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4. МКБ, конкременты обеих почек, пиелонефрит в ст.нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, выраженные боли в стопах, онемение и снижение чувствительности в них, похолодание в н/к, боли в пятках, онемение пальцев правой кисти, ухудшение зрения, увеличение веса на 3 кг за год, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, учащенное сердцебиение, боли в области сердца колющего и давящего характера, тяжесть в правом подреберье.

Краткий анамнез: Считает себя себя больной с 2000г, однако установлен СД в 2007г. С того времени принимала ССТ (амарил, диафомин). С 2017г на комбинированной терапии: Генсулин Н: п/з- 44ед., п/у- 14 ед., Диаформин 1000 1 т 2р/д. Комы отрицает Гликемия – 10,0-12,0 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 24.09.18 г . Последнее стац. лечение в 2017 в ГБ №4. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 20 лет, принимает ко-пренеса 8/2,5 1 т утром, корвитол 50 мг 1 т 2р/д, аторис 10 мг вечером, кардиомагнил, периодически терафлекс курсами. Получала стац.лечение в городском отделении ревматологии по поводу остеоартроза кистей и стоп, «пяточные шпоры». В анамнезе хр.пиелонефрит, ДДПП, радикулопатия. В 2014г-геморроидэктомия.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 08.11 | 136 | 4,1 | 4,4 | 15 | |  | | 0 | 2 | 56 | 37 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.11 | 128 | 4,7 | 2,0 | 1,0 | 2,8 | | 3,7 | 3,4 | 54 | 12,6 | 3,1 | 1,5 | | 0,53 | 0,41 |
| 16.11 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 19,4 | 4,1 | 0,76 | | 0,34 | 0,65 |

09.11.18 С-реактивный белок - отр

08.11.18 К – 3,94 ; Nа –142 Са++ -1,23 С1 -104 ммоль/л

### 08.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк –12-14 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -умер ; бактерии+, мочевая кислота, слизь+

09.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5500 эритр - белок – отр

16.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр

09.11.18 Суточная глюкозурия – 1,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.11.18 Микроальбуминурия –35,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.11 | 7,8 | 7,8 | 12,0 | 10,8 |  |
| 12.11 | 8,7 | 6,8 | 8,7 | 9,5 |  |
| 14.11 | 6,8 | 12,5 | 5,8 | 10,3 |  |
|  |  |  |  |  |  |

08.11.18 Окулист: VIS OD=0,2 сф-0,2д=1,0 OS=0,2сф-2,5д=0,9 Оптические среды прозрачны, Гл. дно: Сосуды сужены,неравномерно расширены, извиты, вены уплотнены. В макулярной области слева мелкие друзы, рефлекс сглажен. Д-з: Диабетическая ангиоретинопатия ОИ. Миопия сл.степени ОИ.

07.11.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка

12.11.18 Кардиолог: ГБ II ст, 3 ст. Гипертензивное сердце. СН 0-I. Р-но: УЗДС МАГ, ЭХО-КС, контр.ЭКГ, гл.дно. небивалол 2,5-5 мг, нолипрел форте 1 т 1р/д.

14.11.18ЭХО КС: ФВ-73%. Уплотнение стенок аорты и краевое уплотнение АК. ПМК 1 ст с минимальной регургитацией. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

08.11.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

08.11.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.11.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; для исключения очага в пр почке рекомендовано КТ, конкременты в правой почке без нарушения урокинетки. (протокол на руках)

16.11.18 КТ ОБП и забрюшинного пространства. Закл: КТ признаки диффузного стеатогепатоза, добавочной почечной артерии слева, дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. (протокол на руках).

07.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V = 5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, мефармил, ко-пренесса, асафен, аторис, корвитол, эспа-липон, нейротропин, кокарнит, вессел-дуэ Ф, неогабин, карведилол, форксига, норфлоксацин, флуконазол, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах субкомпенсированных значений, несколько уменьшилась общая слабость, однако сохраняются боли и онемение в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением ЛКК, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Орловщина».

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 44-46 ед., п/уж – 16-18ед.
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

После санации МВС рассмотреть вопрос о добавлении к терапии форксиги 10 мг 1 т утром с последующей коррекцией доз инсулина.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии после санации МВС для уточнения степени диабетической нефропатии.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин(розватор) 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Конс. кардиолога с результатами ЭХО-КС в плановом порядке.
4. Гипотензивная терапия: Ко-пренесса 8/2,5 мг 1 т утром, карведилол 25 мг 1 т 2р/д, кардиомагнил 75 мг 1 т на ночь, контроль АД,ЧСС,ЭКГ.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., вессел-дуэ Ф 1 капс 2р/д-40 дней, нейрорубин форте 1т./сут-1 мес, неогабин 75 1 т 2р/д-1 мес.
6. Норфлоксацин 1т 2р/д до 10 дней, флуконазол 50 мг 1 т 1р/д-до 10 дней, канефрон 2 др 3 р/д-1 мес, контр. ан.мочи по через 1 мес. по м/ж.
7. УЗИ ОЮП и МВС 1-2 р/год.
8. Б/л серия. АДЛ № 177866 с 07.11.18 по 17.11.18 . продолжает болеть. С 17.11.18 б/л серия АДЛ № 177867 на реабилитационное лечение в санаторий «Орловщина» № договора 23019/29912/18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.