#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1057

##### Ф.И.О: Довженко Надежда Кирилловна

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Энергодар, ул. Курчатова, 32, кв. 35

Место работы: пенсионер, инв. 3 гр

Находилась на лечении с 13.08.18 по 23.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. субкомпенсации. ХБП II-III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Ангиопатия сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 37,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия III сочетанного генеза, последствия перенесенного ишемического инсульта (2006) в правой гемисфере, в русле СМА справа, левосторонний гемипарез. ИБС: стенокардия напряжения ФК II, СН II А. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, общую слабость, утомляемость, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги в икроножных мышцах, давящие боли за грудиной и дышку при незначительной физ.нарузке, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., эпизоды падения АД до 90/60 мм.рт.ст, шаткость при ходьбе, головокружение, затруднение движений и тремор в левых конечностях, периодически боли в пояснице слева.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006 г. при ОНМК. Комы отрицает. С начала заболевания : глибомет, затем диаформин 100 1 т 2р/д+гликлазид 60 мг утром, в течение последних 3-х дней диабетон MR 60 1,5 т утром , Глюкофаж XR 1000 1 т вечером. Гликемия – 8,3-12,3 ммоль/л. НвАIс – 7,5 % от 10.08. 18. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: ИБС: стенокардия напряжения с 2018г. ГБ с 1999г. Принимает триплексам 10/2,5/10 1 т утром, клопидогрель 75 мг 1 т вечером, карведилол 25 мг 1 т утром, периодически изокет спрей.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 14.08 | 136 | 4,1 | 6,8 | 16 | |  | | 1 | 2 | 61 | 33 | | 3 | | |
| 22.08 |  |  |  | 25 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.08 | 65,7 | 6,39 | 1,55 | 1,37 | 3,30 | | 2,9 | 5,0 | 100 | 12,6 | 2,8 | 3,5 | | 0,64 | 0,55 |
| 22.08 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 10,3 | 2,4 | 4,0 | | 0,29 | 0,44 |
| 20.08 | 73,2 |  |  |  |  | |  | 6,4 | 89 |  |  |  | |  |  |

14.08.18 CКD-EPI-51 мл/мин/1,73м2

14.08.18 Анализ крови на RW- отр

14.08.18 К – 4,21; Nа – 149; Са++ - 1,15; С1 - 101 ммоль/л.

.07.18 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – %; фибр – г/л; фибр Б – отр; АКТ – %; св. гепарин –

15.08.18 Проба Реберга: креатинин крови- 98 мкмоль/л; креатинин мочи- 10780 мкмоль/л; КФ- 46,60 мл/мин; КР- 98,9%

### 14.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020; лейк –6-9-11 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. – 2-3 в п/зр.

17.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2500 ед./мл; эритр - белок – отр

15.08.18 Суточная глюкозурия- отр, суточная протеинурия – отр

##### 15.08.18 Микроальбуминурия – 47,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.08 | 8,0 | 8,3 | 10,5 | 8,8 |  |
| 15.08 | 6,9 |  |  |  |  |
| 16.08 | 6,9 | 10,4 | 9,4 | 9,6 |  |
| 18.08 | 8,9 | 9,8 | 6,9 | 5,0 |  |
| 22.08. | 7,8 |  |  |  |  |

20.08.18 Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия III сочетанного генеза, последствия перенесенного ишемического инсульта (2006) в правой гемисфере, в русле СМА справа, левосторонний гемипарез. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Р-но: УЗДС МАГ, АСК, статины, а-липоевая кислота 600 в/в, церебролизин 10,0 в/м№10, нуклео ЦМФ 1 т 2р/д-1 мес, массаж, ЛФК левых конечностей.

16.08.18 Окулист:

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: Сосуды сужены, извиты, неравномерного калибра. Вены умеренно полнокровны. Салюс II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

13.08.18 ФГ ОГК №47573-легкие без патологии, гипертрофия ЛЖ.

13.08.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.08.18 Кардиолог: ИБС: стенокардия напряжения ФК II, СН II А. ФК II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Состояние после перенесенного инсульта. Р-но: аспирин кардио 100 1 т вечер, клопидогрель 75 1 т 1р/д, предуктал МR, сидокард 2 мг 3р/д, карведилол 12,5 1 р/д, нолипрел форте 1 т 1р/д, контроль АД, КАГ в условиях кард.отд.ЗОКБ.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

14.08.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы –справа, слева – снижено I-II ст.. Тонус крупных артерий н/к умеренно повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к незначительно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

15.08.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

05.05.18 ЭХО-КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, легочной гипертензии, систолическая и диастолическая дисфункция. Умеренная регургитация аортального, митрального, трикуспидального клапанов, без нарушения гемодинамики. Нарушение локальной сократимости нет. Нижняя полая вена нормальных размеров. Допплеровские показатели в пределах нормы.

13.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5 см3; лев. д. V = 4,5 см3

Перешеек – 0,52см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, Эхогенность и эхоструктура обычные.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: диабетон МR, глюкофаж XR, клопидогрель, триплексам 10/2,5/10, аса фен, карведилол, предуктал MR, тивомакс, диалипон турба, канефрон.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированных значений, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120/140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, кардиолога, 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг 1,5-2 таб утром

метформин (глюкофаж XR) 1000 - 1т. вечером

При необходимости проведения оперативного лечения-инсулин короткого действия:

Утро-6-8 ед, Обед 8-10 ед, Вечер 6-8 ед , перед сном- 4 ед, с последующим переводом на ССТ.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Рек. кардиолога: КАГ ( с предварительным контролем уровня креатинина крови)
4. Гипотензивная терапия: триплексам 10/2,5/10 мг 1 т утром, карведилол 12,5 мг 1 т утром, клопидогрель 75 1 т утром, аспирин кардио 100 1 т вечер, сидокард 2 мг 1 т 3р/д, предуктал MR 1 т 2р/д. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг утром 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1 т 2р/д -1 мес.
6. Соблюдение рекомендаций невролога (см.выше)
7. Канефрон 2 др 3р/д-1 мес, контроль ан.мочи по Нечипоренко через 1 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.