#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 691

##### Ф.И.О: Воробьёва Валентина Андреевна

Год рождения: 1947

Место жительства: Васильевский р-н, г .Днепрорудное ,ул. Шахтерская 32-47

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.05.18. по 29.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Начальная катаракта, Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН0. Риск 4. Множественные ишемические инсульты(04.2018) в затылочной области слева, в области лучистого венца слева в обеих руслах СМА, в пр. гемисфере мозжечка, ВББ, мозжечково-атактический с-м, церебрастенический с-м, когнитивное снижение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за 2 мес, ухудшение зрения, боли в ногах при ходьбе, онемение ног, зябкость стоп, повышение АД макс. до 165/90 мм рт.ст., шаткость при ходьбе, одышку при ходьбе, отеки н/к больше слева, боли в коленных и голеностопных суставах .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. во время стац лечение в х/о по поводу грыжи сечения, с того же времени начала прием ССТ, диаглизид, диаформин, диапирид. В наст. время принимает: диапирид 4 мг утром, диаформин 1000 мг 2р/д Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг, лоспирин 75 мг, С 23.04.18-.02.05.18 находилась на стац елченеи в терап отд ЦРБ в связи с аретриальной гиперетнзией, голвокружениями, при обследовании выявлена гипергликемия. Гликемия – 12,3-18,2ммоль/л. направлена в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.05 | 161 | 4,8 | 4,1 | 11 | |  | | 2 | 2 | 54 | 38 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.05 | 93 | 5,9 | 2,2 | 1,46 | 3,4 | | 3,0 | 6,0 | 65 | 12,3 | 3,0 | 1,7 | | 0,32 | 0,32 |

17.05.18 Глик. гемоглобин – 8,4%

21.05.18 АЧТЧ – 34,0 МНО – 1,28 ПТИ 79,2 фибр – 3,8

17.05.18 К –4,37 ; Nа – 137,6 Са++ -1,12 С1 – 98,8 ммоль/л

### 17.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр мочевая кислота на ½ р/хр , бактерии, слизь

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

18.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 18.05.18 Микроальбуминурия – 35,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.05 | 6,8 | 7,1 | 10,0 | 5,1 |  |
| 20.05 | 6,1 | 6,8 | 6,1 | 8,2 |  |
| 24.05 | 5,1 | 7,7 | 6,7 | 10,1 |  |
| 28.05 | 4,5 | 5,6 | 5,6 | 7,9 |  |

17.05.18Невропатолог: ДЭП II смешанного генеза, церебрастенический – вестиублоаптическй, ататкический с-м ТИА? . Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

21.05.18 Невропатолог: Учитывая данные МРТ Множественные ишемические инсульты (04.2018) в затылочной области слева, в области лучистого венца слева в обеих руслах СМА, в пр. гемисфере мозжечка, ВББ, мозжечково-атактический с-м, церебрастенический с-м, когнитивное снижение. Атеросклероз ВСА в двух сторон.

17.05.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Сосуды сужены,. Вены умеренно полнокровны. Ангиосклероз. Салюс I-II.. Единичные микроаневризмы, В макулярной области друзы Д-з: Начальная катаракта, Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ

21.05.148 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

25.05.148 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

21.05.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки Риск 4

Рек. кардиолога: би-престариум 5/5 1т/сут. контроль АД. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

23.05.18 ЭХОКС: ФВ 51,56% стенки Ао створки АК ссклерозированы, диффузные структурные изменения миокарда, увеличение ЛП, гипертрофия МЖП, легочная гипертензия 1 ст, диастолическая дисфункция ЛЖ 1 , гипокинезия ЗСЛЖ, фиброз клапанного кольца МК Митральная регргитация 1 ст.

23.05.18 Допплерография МАГ: Эхопризнаки стенозирующего атеросклероза ( стеноза левой ОСА 35%, области бифуркации левой ОСА 55-60%, левой ВСА 50-55% по диаметру) гипертоническая ангиопатия с формирование артериальных деформаций, гемодинамически незначимы, диаб ангиопатиии, дисциркуляции в ВББ, умеренно извитости ОА, косвенные признаки патологии ШОП, признаки венозной дисфункции в ВББ

18.05.18 МРТ Головного мозга: МР признаки множественных ишемических инсультов левой затылочной доли, единичных лакунарных ишемических инсультов в области лучистого венца справа и в правой гемисфере мозжечка, вероятно тромбоэмолического характера. МРТ картина умеренной лейкоэнцефалопатии (вероятно дисциркуляторного генеза) с признаками хр. нарушения кровообращения ствола головного мозга в сочетании с начальной церебральной атрофией. Признаки нарушения венозного оттока по поперечным синнусам ,

17.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

16.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3, см3; лев. д. V = 4,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз с еденчиными расширенными фолликулами до 0,3 см . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диапирид, диаформин, церегин, нейротропин, вестибо, милдронат, ипигрикс, бисопролол, диалипон, сермион, флекмокс, асафен, лозап, вазилип, мефармил, нейробион, амлодипин, индапрес..

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога 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 < 7,5%
4. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 40 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: бисопролол 5 мг утром, амлодипин 10 мг, лозап 100 мг/сут . Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
5. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р/д 1 мес. конс ангиохирурга для решения вопроса о необходимости хирургической профилактики ОНМК

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.