#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 273

##### Ф.И.О: Кучеренко Владимир Владимирович

Год рождения: 1970

Место жительства: Днепропертровская обл г. Камеское ул. Цветов 4-7

Место работы: КУ « Каменская ГБ № 5» , терапевт.

Находился на лечении с 23.02.18 по 07.03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. Ацетонурия (21.02.18). Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к с сохраненной проходимостью периферического русла. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС: стенокардия напряжения 1 ф. кл. Постинфарктный кардиосклероз (2002) СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск 4. ХБП II ст. Гипертензивная нефропатия. Киста правой почки. Инфекция нижних мочевыводящих путей. Ангиопатия сетчатки смешанного генеза (гипертоническая, атеросклеротическая). Миопия 1 ст, осложнённый миопический астигматизм. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, смешанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Неалкогольная жировая болезнь печени, стеатогепатит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к в покое, судороги в икроножных мышах ночью, повышение АД макс. до 180/115 мм рт.ст, головокружение, периодически давящие боли в области сердца на фоне эмоциональных нагрузок, отеки н/к к вечеру, рези при мочеиспускании возникшие около 2-3 дней назад.

Краткий анамнез: СД установлен впервые, однако, со слов пациента в течение последних 6 лет при проф осмотрах глюкоза крови натощак 6,0-7,0 ммоль/л, самостоятельно не длительное время находился на диетотерапии, глюкозу крови не контролировал. При обследовании по поводу дизурии 21.02.18 выявлена глюкоза крови 17.99 ммоль/л, следы ацетона в моче, лекоцитурия, бактериурия, повышение печеночных трансаминаз от 21.02.18, самостоятельно начал прием глюкофажа XR1000 1т 2р/д. канефрон 2др 3р/д, флуконазол 100 мг 1т через день, гептрал 400 мг 1т 2р/д. НвАIс - 12 % от 21.02.18 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения ацетонурии, хронических осложнений СД

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 18-20 лет. В 2002 – инфаркт миокарда. Из гипотензивных принимает вальсокор Н 160 1т утром, бисопролол 10 мг утром, эстулик 2мг веч, эналаприл 2 мг, вечером, аспирин кардио 100 мг веч, эпизодически принимает крестор, отмечает непереносимость тетрациклина, сульфаниламидов.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 26.02 | 167 | 4,99 | 7,2 | 9 | 2 | 1 | 60 | 32 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.02 | 89,0 | 7,04 | 2,81 | 1,22 | 4,53 | 4,7 | 4,38 | 108 | 14,6 | 4,8 | 1,08 | 1,44 | 2,03 |
| 01.03 |  |  |  |  |  |  |  |  | 11,8 | 2,9 | 0,85 | 0,26 | 1,3 |

02.03.18 ТТГ – 0,7 ( 0,4-4,0) Ме/мл

02.03.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

26.02.18 К –5,0 ; Nа –137 Са++ -1,22 С1 -100 ммоль/л

27.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-93,5 мкмоль/л; креатинин мочи-5390 мкмоль/л; КФ-74,1 мл/мин; КР-97,6 %

26.02.18 ацетон 1+

### 27.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 27.02.18 Ацетон отр

26.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 7000 эритр -250 белок – отр

05.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

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

27.02.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 01.03.18 Микроальбуминурия –224,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.02 | 7,4 |  |  |  |
| 24.02 | 9,6 | 11,1 | 11,0 | 7,8 |
| 26.02 | 9,6 | 8,4 | 6,1 | 6,0 |
| 01.03 | 7,0 | 7,7 | 6,4 | 6,3 |
| 04.03 | 6,6 | 7,1 | 4,2 | 4,5 |
| 06.03 | 5,9 |  |  |  |

05.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза, церебрастенический с-м. рек: виатмины гр В, липоевая кислота 600 мг/сут.

23.02.18 Окулист: VIS OD=0,4сф – 1,0=1,0 OS=0,5сф – 1,0=1,0 ; ВГД OD= 19 OS= 19 Миопия 1 ст, осложнённый миопический астигматизм. Ангиопатия сетчатки смешанного генеза Рек: «Д» наблюдение кардиолога, гл. капли супер-оптик аква 1к 2р/д 1 мес .

23.02.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

28.02.18 ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Удлинение эл. систолы.

05.03.18 ЭКГ: ЧСС -46 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Удлинение эл. систолы.

07.03.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменниия миокарда

22.02.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. постинфарктный кардиосклероз (2002) СН II А. ф. кл Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: ОАК, ОАМ липидограмма, креатинин, АЛТ, АСТ, NT pro BNP, КАГ, режим труда, бисопролол 5-10 мг, кандесартан 8-16 мг, трифас 10 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д. аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.

28.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к с сохраненной проходимостью периферического русла Рек: ливазо 4 мг 1р/сут веч, энелбин-ретард 1т 2р/д 2 мес. мильгамма 1др 2р/д 2 мес. Контроль дуплекс. через 4-6 мес

28.02.18 Дупл. сканирование артерий и вен н/к: эхопризнаки диабетической ангиопатии артерий н/к. Эхопризнаки стеноза ПБА 53% справа, 59% слева. Эхопризнаки локального лимфостаза обеих н/к, Эхопризнаков структурных изменений вен не выявлено.

03.03.18 Нефролог: СКФ 70 мл/мин/1,73м2 Гипертоническая болезнь Ш ст, Артериальная гипертензия 3 ст. ХБП II ст, гипертензивная нефропатия. Киста правой почки. Инфекция нижних мочевыводящих путей. . рек: контроль ан. крови мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ контроль 1-2 р/год продолжить а/б терапию вторхинолонами, канефрон 1 мес 3-4 р/ год Адеквантаная противогипертензивная терапия азомекс 5 мг/сут, бисопролол 5-10 мг/сут, рапиприл 10-20 мг\сут, при необходимости физиотенс 0,4 мг/сут. .

28.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

06.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

28.02.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жирового гепатоза, гепатомегалии , умеренных диффузных изменений паренхимы подж. железы, киста пр. почки.

06.03.18 ФГ ОГК№ 42206: слегка увеличен левый желудочек сердца, легкие без патологии.

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

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

Лечение: офлоксацин, канефрон, флуконазол, тиолипон, тиоктодар, гептрал, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, димарил, пирацетам, милдронат, глюкофахXR, атоксил, щелочное питье, аспирин кардио, бисопролол, предуктал MR, торадив, эстулик, ксилат, каптопрес, рамиприл, физиотенс.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, подобрана ССТ, сухость во рту жажда не беспокоит, дизурических явлений нет, ацетон мочи отр, судороги не отмечает, сохраняются умеренные боли в н/к. стабилизировалось АД 120/80мм рт. ст. Сохраняется тенденция к брадикардии, замедления проводимости по ЭКГ нет, нормализовались анализы мочи, снизился уровень печёночных трансаминаз.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с <7,0%
4. ССТ: глюкофаж XR (метформин) 2000 мг/сут,

Амарил( глимепирид) 1 мг за 30 мин до завтрака или Диабетон MR (гликлозид ) 30 мг,

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: ливазо 4 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес., контроль печеночных проб.
3. Гипотензивная терапия: рамиприл 10 мг 2р/д, бисопролол 5-7,5 мг при необходимости физиотенс 0,2-0,4 мг, аспирин кардио 100 мг веч , трифас 10 мг утром наощак 2р/нед, предуктал MR 1т 2р/д . контроль АД , ЧСС, ЭКГ.
4. NT pro BNP, КАГ в плановом порядке с послед. конс кардиолога.
5. Конс гастроэнтеролога в плановом порядке по м/ж. продолжить гептрал 400 мг 1т 2р/д 1-2 мес контроль печеночных проб в динамике.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. АТТПО в плановом порядке с послед. конс эндокринолога по м/ж.
7. Диалипон 600 мг 2-3 мес, нейробион 1т 1р/д 1 мес .
8. Канефрон 2др 3р/д 1 мес соблюдение рекомендаций нефролога.
9. Соблюдение рекомендаций ангиохирурга (см.выше)
10. Б/л серия. АДГ № 671852 с 23.02.18 по 07.03.18. к труду 08.03.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.