#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1032

##### Ф.И.О: Кожан Лидия Ивановна

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Энергодар ул. Центральная 12-57

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 20.07.17 по 31.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Энцефалопатия сочетанного генеза (дисметаболического, сосудистого), умеренный вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м, атеросклероз ВСА слева 75%. Атеросклероз, стенозирующая форма с сохранением проходимости периферического русла. Варикозная болезнь н/к, компенсированная форма. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. ПХЭС: хр. панкреатит вне обострения.

Жалобы при поступлении на учащенный ночной диурез, периодически от 1 до 3х/ночь, ухудшение зрения, выраженные боли в 1-х пальцах обеих стоп, периодически покраснение кожи над ними, онемение обеих стоп ухудшение памяти, шаткость при ходьбе, головокружение, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., периодически отеки н/к.

Анамнез болезни: СД выявлен в 1998 г. Гипергликемия выявлена впервые при обследовании в неврологич. отд. С тех пор в течение 1,5 лет получала диетотерапию, затем глибомет. С 2012 диапирид 1мг, в последующем доза постепенно увеличивалась, был добавлен Диаформин SR 500 мг 1т веч. При попытках увеличить дозу метформина до 2000 мг\сут отмечала гипогликемические состояния. В наст. время принимает: диапирид 3 мг утром, метамин 1000 веч. Гликемия –5,0-9,3 ммоль/л. НвАIс – 6,6 % от 26.07.17. Последнее стац. лечение в 08.2016г в т/о по м\ж. В связи с прогрессированием осложнений госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг веч, хипотел 80 мг утром, розукард 20 мг 1т веч. ФЭГДС от 2014 – эрозивный рефлюкс-эзофагит. В 2007 лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ. От 2012 АТТГ 9,9 (0-100) МЕ/л, АТТПО – 9,3 ( 0-30) МЕ/мл.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 21.07 | 146 | 4,4 | 4,4 | 3 | 1 | 0 | 48 | 49 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 21.07 | 73 | 3,43 | 1,58 | 1,58 | 1,12 | 1,1 | 5,9 | 73 | 14,0 | 3,0 | 1,3 | 0,21 | 0,30 |

21.07.17ТТГ – 0,4(0,3-4,0) Мме/мл

21.07.17 К – 4,3 ; Nа 138– Са++ -1,09 С1 - 106 ммоль/л

### 21.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 13-14 в п/зр белок – 0,023 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед эпит. уретр. 0-1 в п/зр слизь +, соли мочевой кислоты - много

25.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

24.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,044

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.07 | 5,9 | 5,9 | 4,9 | 8,7 |
| 23.07 | 6,8 | 9,4 | 6,8 | 7,0 |
| 27.07 | 5,8 | 6,4 | 8,0 | 4,4 |

24.07.17Невропатолог: Энцефалопатия сочетанного генеза (дисметаболического, сосудистого), умеренный вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м атеросклероз ВСА, слева 75%. Рек Кардиомагнил 75мг 1р\д, плестазол 100 мг 1т 2р/д 2 мес, розукард 30 мг 1р\д, через 3 мес контроль липидограммы и печёночных проб, вестинорм 24 мг 2р\д

20.07.17 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие., расширение сосудистой воронки А:V 2:3, сосуды широкие извиты, склерозированы, с-м Салюс 1ст. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

20.07.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

28.07.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг, индапрес 1,5 мг, предуктал MR 1т 2р\д, суточный мониторинг ЭКГ.

26.07.17ЭХО КС: Уплотнение аорты и АК. Гипертрофия базального отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ФВ – 67%.

13.07.17Ангиохирург: Атеросклероз, стенозирующая форма с сохранением проходимости периферического русла. Варикозная болезнь н/к, компенсированная форма СД. Диабетическая ангиопатия. Рек: этсет 20 мг 1р\д длительно под контролем липидограммы, асафен 1т 1р\д постоянно, энелбин ретард 2т 2р\д 2 мес, нейрокобал 1т 3р\д 2 мес.

25.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

24.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к повышен. 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

26.07.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы, нельзя исключить наличие микролитов почках.

20.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,6 см3; лев. д. V = 3,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,45 см. В пр доле у перешейка гидрофильный узел 0,8\*0,5 см. с четкими ровными контрами 0,8\*0,5 см. В левой доле с/3 такой же узел 0,92\*0,73 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: хипотел, диапирид, мефармил, индапрес, магникор, розукард, тиогамма турбо, кокарнит, актовегин, неогабин, вестинорм, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Цифры гликемии в пределах компенсированных значений, уменьшилось головокружение, общая слабость, боли и покраснение в 1х пальцах обеих стоп, сохраняется онемение в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин ( метамин, мефармил, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. веч.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурия 1 р в 3 мес
2. Гиполипидемическая терапия: розукард 20 мг с контролем липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: хипотел 40 мг утром, индапамид 1,5 мг утром натощак, лоспирин 75 мг 1т на ночь, контроль АД.
5. Суточное мониторирование ЭКГ в плановом порядке с послед. конс. кардиолога по м\ж.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрокобал 1т 3р/д 1 мес, плестазол 100 мг 1т 2р\д 2 мес., келтикан 1к 3р\д 1 мес, неогабин 1т 2р\д 1 мес, вестинорм 24 мг 1т 2р\д 1 мес.
7. Ношение подокорректоров.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.