#### 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 28.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Выберите элемент.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на учащенный ночной диурез периодически от 1 до 3х/ночь, ухудшение памяти, шаткость при ходьбе, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., отеки н/к .

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998 г. При обследовании в январе выявлена гипергликемия. Сначала заболевания в течение 1,5 лет получала диетотерапию, затем глибомет. С 2012 диапирид 1мг, в последующем доза постепенно увеличивалась, был добавлен. Диаформин 500 мг 1т веч. При попытки увеличить дозу метформина до 2000 мг\сут отчала гипогликемии. В наст. время принимает: диапирид 3 мг утром, метамин1000 веч. Гликемия –5,0-9,3 ммоль/л. НвАIс – 6,6 % от 26.07.17. Последнее стац. лечение в 08.2016г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 м гвеч, прекратила прием 4-5 дней назад, роукард20 мг 1т веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

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

.07.17 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ-

### 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 в п/зр

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 | 22.00 |
| 21.07 | 5,9 | 5,9 | 4,9 | 8,7 |  |
| 23.07 | 6,8 | 9,4 | 6,8 | 7,0 |  |
|  |  |  |  |  |  |

240.7.17Невропатолог: Энцефалопатия сочетанного генеза, (дисметаболического, сосудистого), умеренный вестибуло-атактический с-м, атеросклероз ВСА, слева. Рек Кардиомагнил 75мг 1р\д, плестазол 1т 2р/д 2 мес, розукард 10 мг 1р\д, 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 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 сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

Кардиолог:

Рек. кардиолога:

аспирин кардио 100 мг 1р\д

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

розувастатин 10 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

26.07.17ЭХО КС: Уплотнение аорты и АК. Гипотрофия бального 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 способно с норме.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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, крупный фиброз. и гидрофильными очагами до 0,45 см. В пр доле у перешейка гидрофильный узел 0,8\*0,5 см. с четкими ровынми контрами0,8\*0,5 см. В левой доле с/3такой же узел 0,92\*0,73 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: хипотел, диапирид, метаин, индапрес, маникор,розукард, тиогамма, актовегин, неогабин, вестинорм,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В