#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 712

##### Ф.И.О: Литвиненко Вера Ивановна

Год рождения: 1953

Место жительства: Приазовский р-н, пгт Приазовское ул. Горького 70-8

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 22.05.18. по 05.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к III ст. Мультифокальный стенооклюзивный атеросклероз н/к. Хр. ишемия IIб – Ш ст. ИБС: стенокардия наряжения Ш ф. кл диффузный кардиосклероз. Кальциноз аортального клапана. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Узловой зоб 0-I ст, узел правой доли, эутиреоз клинически.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния до 2-х раз в неделю при несвоевременном приеме пищи, боли в н/к (больше правой) при ходьбе до 30 м., пекучие боли в стопах ночтю, судороги, онемение в н/к, ухудшение зрения, прибавка в весе на 5 кг /год, повышение АД до 280/140 мм.рт.ст, боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку и плечо, периодически учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, шаткость при ходьбе, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003 г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диабетон 30 мг, затем амарил 3 мг). В наст. время принимает Амарил 3 мг утром. Гликемия – 3,0-13,0ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2010г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД с 1991г, гипотензивные регулярно не принимает в связи с поливалентной аллергией и непереносимостью многих препаратов., эпизодически принимает бисопролол 1,25 мг, каптопрес. В 1985г-МКБ, отхождение конкремента. С 2007г-ревматоидный артрит, однако базисную терапию не получает из-за поливалентной аллегрии. С 2010г-диффузные изменения в щитовидной железе. 2010г: ТТГ – 1,0(0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –17,2 (0-30) МЕ/мл АТ-ТГ-41,2 (0-100)

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 24.05 | 161 | 4,8 | 7,6 | 20 | |  | | 1 | 2 | 54 | 41 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.05 | 64 | 5,5 | 1,86 | 1,53 | 3,1 | | 2,6 | 4,9 | 87 | 9,8 | 2,4 | 0,9 | | 0,11 | 0,14 |

25.05.18 Глик. гемоглобин – 9,3%

30.05.18 IgE общий – 13,5 МЕ/мл (до 87 МЕ/мл)

24.05.18 К – 4,88 ; Nа – 140,5 Са++ - 1,08С1 -105 ммоль/л

### 23.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед ;

24.05.18 Суточная глюкозурия – 0,87 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.05.18 Микроальбуминурия –29,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.05 |  | 9,8 | 13,8 | 11,1 |  |
| 23.05 |  | 8,3 | 9,0 |  | 11,9 |
| 24.05 | 11,0 |  |  |  |  |
| 25.05 | 9,6 | 8,9 | 10,2 | 7,8 |  |
| 28.05 | 9,0 | 9,6 | 8,7 | 10,9 |  |
| 31.05 | 7,8 | 6,3 | 6,1 | 6,9 | 7,2 |
| 04.06 | 7,4 | 7,0 | 5,3 | 7,1 |  |

24.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Р-но: актовегин 10,0 в/в, келтикан 1к 3р/д-1 мес, нейрокобал 1т 3р/д, прегабалин 75 мг 2 р/д, с возможным увеличением дозы до 150 2р/д, альфа-липоевая кислота.

22.05.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, единичная желудочковая экстрасистола. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. изменения миокарда задней стенки («-« з.Т в III, AVF+вдох)

01.06.18 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. изменения миокарда задней стенки

05.06.18 ЭКГ по Нэбу+ III, AVF вдох. ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. изменения миокарда задней стенки (з.Q в III, AVF+вдох, снижение ST на 1,5-2 мм, отр.з Т III, AVF+вдох )

05.06.18Кардиолог: ИБС, стенокардия наряжения Ш ф. кл диффузный кардиосклероз. Кальциноз аортального клапана. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Р-но: бисопролол 1,25 мг, амлодипин 10 мг, КАГ.

31.05.18 ЭХО КС: Размеры полостей сердца в пределах нормы, умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. Миокард ЛЖ диффузно неоднородной плотности, сократительная функция ЛЖ не нарушена (ФВ – 65%). Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Склероз корня восходящего отдела аорты, створок АК, МК, кальциноз АК 1 ст. недостаточность МК 1 ст, недостаточность АК – минимальная.

25.05.18 Аллерголог : в анамнезе в 1982г крапивница на в/в контраст, непереносимость большого спектра антибиотиков. Планируется в/в ангиография. Р-но. Общий IgE.

01.06.18 Аллерголог: проведение ангиографии только по жизненным показаниям в условиях реанимационной готовности, определение реакции сенсебилизации к препаратам йода.

25.05.18 ФГ ОГК№ 42545- без патологии

24.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

12.05.18 Хирург: Мультифокальный стенооклюзивный атеросклероз н/к. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. . хр ишемия II В. – Ш ст

23.05.18 Допплерография: ЛПИ опреедлить не представляется возможным из-за отсутствия эхосигнала а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

23.05.18Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки ЗББА справа ПКА слева, БППА с 2х сторон – окклюзия. Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.05.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы.

22.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1см3; лев. д. V = 4,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные расширенные фолликулы до 0,3 см. В пр. доле у переднего контура гиперэхоегнный узел с гидрофильным ободком 0,6\*0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли.

Лечение: амарил, диаформин, диабетон, глюкофаж, мефармил, бисопролол, неогабин, амлодипин, плестазол, физиолечение.

Состояние больного при выписке: гликемия в пределах субкомпенсированных значений, гипогликемические состояния в стационаре не зарегистрированы, подобрана ССТ, АД снизилось до 180/90 мм.рт.ст, увеличены дозы гипотензивных препаратов, незначительно уменьшились боли в н/к.

Аллергические реакции на фоне приема медикаментов не зарегистрированы, отмечалась диарея на мефармил, диаформин.

Пациентке показано дообследование с введением йод-содержащих контрастов (в анамнезе аллергические реакции на препараты йода), консультирована аллергологом, проведение КТ-ангиографии н/к по жизненным только показаниям

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, 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: глимепирид (амарил,) 2 мг утром за 30 минут до еды

метформин (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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: бисопролол 1,25-2,5 мг утром, амлодипин 10 мг, Контр. АД. ЧСС, посдоб гипотензивных под наблюдением семейного врача
4. Диалипон 600 мг утром 2-3 мес., плестазол 100 мг 1 т 1р/д-длительно, прегабалин (неогабин) 75 мг 1-2 т в сутки.
5. Наблюдение ангиохирурга.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.