#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 790

##### Ф.И.О: Вербицкая Лидия Ивановна

Год рождения: 1950

Место жительства: Г-Польский р-н, Г. Поле ул 9 января

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.06.18. по 30.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, 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 II ст.

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

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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 сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (Диабетон MR, диапирид, метамин). В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мш утром, мефармил 1000 2р/д Гликемия –8,2-12,0 ммоль/л. НвАIс - 9,8% от 07.12.17 . Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р/д Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 07.06 | 112 | 3,4 | 4,6 | 15 | |  | | 1 | 0 | 65 | 32 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 07.06 | 77,7 | 6,02 | 7,65 | 1,09 | 1,42 | | 4,5 | 2,4 | 70 | 9,6 | 2,2 | 3,8 | | 0,15 | 0,63 |

08.06.18 Глик. гемоглобин -5,8 %

08.06.16Св.Т4 - 21,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –23,0 (0-30) МЕ/мл

07.06.18 К – 4,02 ; Nа – 136 Са++ -1,09 С1 -103 ммоль/л

### 08.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –12-13-14 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

08.06.18 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 08.06.18 Микроальбуминурия –38,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.06 | 14,0 | 8,4 | 9,5 | 7,8 |  |
| 08.06 | 7,9 | 11,2 | 7,0 | 5,0 |  |
| 12.06 | 5,9 | 4,4 | 5,3 | 5,3 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

15.06.18 Окулист: ОД интенсивное помутненение хрусталика детали не видны. OS ДЗН серый, зрачек сдвиг в нолосую сторону, с-м Салюс. Ангиосклероз. Д-з: глаукома, незрелая катаракта ОД. подозрение на глаукому , нач. катаракту OS .

06.06.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

08.06.18Кардиолог: Хроническая ревматическая болезнь сердца. ++ СН шшА . ф.кл II . САГ II ?

11.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

15.06.18 Хирург: С-м диабетической стопы 1- II ст ,смешанная форма СПО ( 2016 – ампутация ногтевой фалангши II п. пра. Стопы по поводу остеомиелита). Диабетическая остеоартропатия Ш ст обеих стоп. стопа Шарко. Трофическая язва 1 п пр. стопы 1 ст по Вагнеру в стадии очишения, регенерации.

06.06.18 На п- гр правой стопы в 2х проекциях деформация 1 и II пальцев стопы. деструктивных изменений не выявлено.

07.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка 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 незначительно нарушена.

15.06.18 ФГДЭС: Хр. язва желудка острая язважеолудка. Эрозинвая гастропатия. Рубцовая деформация.

06.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V =6,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, с множестсвенными гидрофильными очагаами до 0,5 см. В перешейке киста 0,9\*0,7 см .В пр доле в /3 гидрофильный узел 0,77\*0,7 см. с пристеночными кальнатами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы перешейка и правой доли

Лечение: диаглизид сорбифер, мефармил, эналаприл, асафен, тиогамма, нуклео ЦМФ, мильгамма

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

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. 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.,

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: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. 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.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.06.18. по 15.06.18 к труду .06.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.