#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 820

##### Ф.И.О: Коваль Вера Леонидовна

Год рождения:1957

Место жительства: Токмацкий р-н, г. Токмак, ул. Куйбышева 60, кв. 23

Место работы: пенсионер, инв. 3 гр..

Находился на лечении с 12.06.18 по 25.06.18 в диаб. 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.

Аутоиммунныйтиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментознойсубкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическаяретинопатияОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II Аф.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,увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 05.18.г. с Ухудшение состояния , обратилась к терапевту. При обследовании выявлен сахар крови – 17,6 Направлена к эндокринологу, рекомендомендовано диаглизид 60 мг 1/2т утром. В наст. время принимает: диаглизид 90 мг утром, Гликемия –10,5 ммоль/л. НвАIс – 13,6 % от 05.2018. 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 | | |
| 13.06 | 123 | 3,7 | 6,9 | 44 | |  | | 1 | 1 | 72 | 23 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.06 | 77,9 | 6,1 | 1,92 | 1,31 | 4,0 | | 3,65 | 3,9 | 78 | 8,6 | 2,3 | 5,0 | | 0,120 | 0,47 |

13.06.18 ТТГ – 3,30 (0,3-4,0) Мме/мл, АТ ТПО – < 10,0 (0-100) МЕ/мл

13.06.18 К – 4,36, Nа – 142,4, Са++ - 1,12, С1 - 103 ммоль/л

### 13.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015, лейк – 5-6-7 местами до 10 в п/зр, эритр – 1-2 в п/зр, белок – отр., ацетон –отр; эпит. пл. – умерен. к-во.

15.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 14000, белок – отр

14.06.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 14.06.18 Микроальбуминурия – 65,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.06 | 7,9 | 7,1 | 8,0 | 6,4 |  |
| 16.06 | 6,7 | 7,7 | 9,1 | 5,6 |  |
| 20.06 | 4,9 | 5,0 | 7,1 | 7,3 |  |

Невропатолог:

21.06.18 Окулист: 2012 экстрепация OS. В 2010 ФЭК + ИОЛ на ОД. артифакия з/кам. ИОЛ на месте, зрачек груглыйв центре. : ДЗН бледно-розовые. Границы четкеи с-м Салюс 1 ,вены расшиерены, сосуды извиты, ммакулярная область без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Артфиакия ОД, анафтальм слева

12.06.18 ЭКГ:ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл.ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст

19.06.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный порок СН 1. САГ 1 ст

Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р/д Контроль АД, ЭКГ.

21.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

12.06.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V =5,5 см3; лев. д. V =4,4 см3

Щит.железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлыне визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диагнлизид, неовитан ,вестинорм, метформин, асафен, эналаприл, диалипон, солкосерил, пиарцетам, норфлоксацин,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. 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:розувастатин10 мг1т вечс контр.липидограммычерез 3 мес.
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. УЗИ щит.железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДГ № 6719 с .06.18 по .06.18. к труду .06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.