#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 837

##### Ф.И.О: Чирко Юлия Сергеевна

Год рождения: 1993

Место жительства: Черниговский р-н, с. Александровка ул. Советская32

Место работы: инв Ш гр. Отдел образования исполнительного комитета БГС, инструктор с физкультуры

Находился на лечении с 07.06.17 по 16.06.17 в энд. 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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за 3мес , головные боли в височной области. гипогликемические состояния в вечернее время до 3-4 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ С12.2014 переведена на Эпайдра, Лантус.. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 8-10ед., п/о- 80ед., п/у- 6-4ед., Лантус 8.00- 20 ед Гликемия –2,3-12,0 ммоль/л. НвАIс - 8,0% от 22.02.17. Последнее стац. лечение в 03.2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 08.06 | 129 | 3,9 | 10,5 | 29 | 3 | 1 | 64 | 31 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.06 | 78,2 | 5,5 | 1,41 | 17,3 | 3,1 | 2,17 | 3,5 | 82,5 | 11,1 | 3,4 | 2,0 | 0,1 | 0,12 |

26.06.17 Глик. гемоглобин - %

08.06.17 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

15.06.17 К – 4,16 ; Nа –137,7 Са - 2,27 ммоль/л

### 08.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

13.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

09.06.17 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.06 2.00-5,2 | 9,3 | 7,7 | 7,4 | 4,2 |  |
| 10.06 2.00-10,1 | 7,9 | 10,3 | 5,5 | 3,9 |  |
| 12.06 | 9,1 | 7,2 | 4,3 | 5,0 |  |
| 14.06 2.00-3,4 | 6,8 | 7,1 | 12,2 | 5,3 | 5,9 |
|  |  |  |  |  |  |

07.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. хр. течение Вегетативная дисфункция венозная дисгемия, цереброастенический с-м.

14.03.17 Окулист: VIS OD=0,2сф – 3,0 =0,9 OS= 0,3сф – 2,5д=1,0

Оптические среды прозрачны. Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены, вены полнокровны, ход сосудов ближе к прямолинейному. В макулярной области переливчатость. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

07.06.17 ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.03.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия . Дополнительная хорда левого желудочка. регургитация на ЛА 1 ст, синусовая тахикардия. СН 0.

14.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.06.17 Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

07.06.17Гинеколог: беременность 1, 14-15 нед.

13.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2 см3; лев. д. V = 4,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Лантус, Эпайдра, магне В6, седасен, фолиевая кислота, Эпайдра, Лантус,

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: Эпайдра п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Лантус 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., ивабрадин 5 мг 1р\сут. Контроль АД, ЭКГ.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.,
10. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
11. Б/л серия. АГВ № 2358 с 07.06.17 по 16.06.17. к труду 17 .06.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В