#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 821

##### Ф.И.О: Гуменюк Мария Владимировна

Год рождения: 1990

Место жительства: . Запорожье ул. Магара 4б/32

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 02.06.17 по 21.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, 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 частые гипогликемические состояния. повышение АД макс. до 160/90мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г с ого же времени инсулинотерапия. Длительно пользовалась Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2000 в связи с частыми гипогликемическими состояниями и отсутствием компенсации переведена на аналоги: Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у- 10., Лантус 22.00 -24ед. Гликемия –2,9-17,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение года, гипотензивная терапия –нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.06 | 79,3 | 5,6 | 0,97 | 1,34 | 3,2 | 2,7 | 4,9 | 83 | 11,8 | 2,9 | 0,81 | 0,13 | 0,12 |

### 14.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –1-2-4 в п/зр белок – отр ацетон –2+; эпит. пл. – 3-5; эпит. перех. - в п/зр

С 16.06.17 ацетон - отр

15.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8000 эритр - 500 белок – отр

15.06.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.17 Микроальбуминурия –28,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.06 |  |  | 6,2 | 4,8 |  |
| 08.06 | 4,3 | 12,1 | 6,5 | 2,8 |  |
| 11.06 |  | 6,7 | 5,5 | 3,3 | 5,1 |
| 14.06 | 4,5 |  | 10,1 | 8,1 |  |
| 15.06 2.00-4,1 | 9,4 | 7,5 | 15,2 | 11,6 | 11,2 |
| 17.06 2.00-5,1 | 6,7 | 8,8 | 12,6 | 13,8 |  |

02.06.17Невропатолог:

12.06.17 Окулист: VIS OD= 0,02-0,03 OS= 0,2сф- 2,0=0,9 ; 25.05.17 пройден курс лазеркоагуляции сетчатки на OS. ОИ –оптические среды прозрачны. ОД: в стекловидно теле взвесь крови + помутнения, рефлекс тусклый. В OS: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии сужены ++ Д-з: Гемофтальм ОД. препролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Миопия ОИ.

06.06.17ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. С-м ранней реполяризации.

02.06.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Высокие з.т. в V3-5 вероятно вледствие ваготонии? Гиперкалиемия?

16.06.17 Легкие и сердце в норме.

07.06.17Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН 0.

Рек. кардиолога: 5стандартных проб, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

06.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

17.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к N.

12.06.17 Дупл сканирование брах артерий: Эхопризнаки ангиодистрони с тенденцией к спазму мозговых сосудов. Снижение оттока в ВЯВ. Признаки Неравномерной ВЧ, больше в лобных отделах.

02.06.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V =4,3 см3

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

Лечение: энтеросгель, мильгамма, эспа-липон, лесфаль, адаптол, фенигидин, , бисолакт, абифлокс, цефтриаксон, адаптол, Эпайдра Лантус, канефрон, щелочное питье, глутаргин

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. 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. 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.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В