#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1023

##### Ф.И.О: Мельник Иван Юрьевич

Год рождения: 1996

Место жительства: г. Запорожье ул. Хортицкое шосе 4-56

Место работы: ЗНУ студент, инв Ш гр

Находился на лечении с .07.17 по .07.17 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,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 2-3р/нед, общую слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан). С 2010 в связи с лабильным течением переведен на Эпайдра, Лантус . В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/у- 10., Лантус 22.00 – 28 ед. Гликемия –2,5-18 ммоль/л. НвАIс 7,3 % от . Последнее стац. лечение в 2014г. 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 |
| 19.07 | 161 | 4,8 | 3,1 | 5 | 1 | 1 | 51 | 43 | 4 |
| 24.07 | 157 | 4,7 | 3,4 | 5 | 1 | 1 | 57 | 39 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.07 | 141 | 3,66 | 1,05 | 1,27 | 1,9 | 1,9 | 2,8 | 71,5 | 11,9 | 3,0 | 4,6 | 0,35 | 0,26 |

21.07.17ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

21.07.17 К – 3,9 ; Nа –1371,04 Са - Са++ - С1 - 95 ммоль/л

### 19.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – ед п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

20.07.17 Суточная глюкозурия – 0,9 Суточная протеинурия – 0,022

##### 20.07.17 Микроальбуминурия –53,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.07 | 12,0 | 8,8 | 3,1 | 5,5 |  |
| 21.07 | 9,0 | 8,4 | 3,3 | 4,8 |  |
| 24.07 | 6,0 | 4,0 | 9,3 | 13,3 |  |
| 27.07 |  |  |  | 8,7 |  |
|  |  |  |  |  |  |

240.7.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

21.07.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Гл. дно: сосуды широкие, умеренно извиты, вены уплотнены. В макуле без особенностей.

18.07.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда задней стенки.

18.07.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

20.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

20.07.17 Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового .С.О:

18.07.176,9УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиогамма, витаксон, тивортин, небивалол

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:
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. 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.,
11. 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.
12. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В