#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1173

##### Ф.И.О: Сичевская Инна Сергеевна

Год рождения: 1996

Место жительства: з. Запорожье ул. Панфиловцев

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.09.18 по  .09.18 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 слабость, утомляемость, ухудшение зрения памяти,, судороги икроножных мышц, головные боли.

Краткий анамнез: наблюдается у эндокринолога по поводу несахарного диабета с летнего возраста. Постоянно принимает, заместительную терапию. В наст. время принимает: Мицирин 0,2 мг 1 ½ т утром + 1 т в обед + 1т веч. Последнее стац. лечение в 2016 в энд отд 4-й ГБ . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.09 | 147 | 4,4 | 7,7 | 6 | |  | | 2 | 2 | 73 | 20 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.09 | 79,0 | 3,6 | 0,99 | 1,45 | 1,7 | | 1,5 | 3,0 | 98 | 11,4 | 2,9 | 1,6 | | 0,2 | 0,15 |

11.09.18 К –3,78 ; Nа –139 Са++ -1,1 С1 -104 ммоль/л

### 11.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

11.02.18 Анализ мочи по Зимницкому: дневной – 0,625 ночной 0,8 сут диурез 1,425

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1007 | 0,35 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1004 | 0,125 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1010 | 0,1 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1015 | 0,05 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1015 | 0,05 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1005 | 0,25 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1000 | 0,25 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1006 | 0,25 |

11.09.18 Гликемия – 3,3 ммоль/л

11.09.18 Окулист: горизонтальный нистагм. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, вены полнкокровны, более детально осмотреть не удается. Д-з: Вродженная аномалия развития зрительного анализатора. Частичная атрофия зрительного нерва. Миопчиеский астигматизм, горизонтальный нитагм ОИ.

14.09.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. .

Кардиолог:

11.09.18 Гинеколог ++

14/09/18 МРТ Головного мозга: МРТ картина агенезии прозрачной перегородки.

11.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II – Ш ст. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

10.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,6см3; лев. д. V =3,4 см3

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

Лечение: минирил, предуктал MR, аспекард,

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. 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 09.18 . по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.