#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 937

##### Ф.И.О: Борисенко Анна Григорьевна

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 36а- 65

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.06.17 по 22.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболического, гипертонического ). Последствия перенесенного ишемического инсульта в левой гемисфере в русле левой СМА (2015), умеренная правосторонняя пирамидная недостаточность. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма.. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.. Хронический гастродуоденит. В стадии обострения. Полип н/3 пищевода.

Жалобы при поступлении на выраженную слабость, сухость во рту, жажду, полиурию, учащенный ночной диурез (6р), ухудшение зрения, выраженные боли в н/к усиливающиеся ночью, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/110 мм рт.ст., головные боли в затылочной области, шаткость при ходьбе, головокружение, периодические колющие и распирающие боли в обл сердца. Выраженные боли в эпигастрии, связывает с приемом таблеток, периодически запоры.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (амарил 6мг, глюкофаж 1000 2р/д). С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Актрапид НМ Протафан НМ в 2х кратном режиме. В последующем самостоятельно прекратила введение инсулина из-за тошноты. В последующем принимала СТТ по указанной схеме. В 03.2017 переведена на комбинированную терапию: амарил3 мг утром, сиофор 100 2р/д + Лантус 8.00 16 – 18 ед. В наст. время принимает: Лантус 8.00 – 20 ед, амарил 3 мг утром, сиофор 1000 2р/д. НвАIс – 9,3 % от 20.06.17 . Последнее стац. лечение в 03.2017г. В 2015 ишемический инсульт. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает тонорма 1/4т 2р\д, бетагистин 24 2р/д, нормовен 1т 2р/д, магникор 75 мг веч, торвакард 20 мг 1р/д. В течение последней недели отменила прием их-за болей в эпигастрии. С 2013 АИТ, гипертрофическая форма, эутиреоз. ТТГ – 1,1 ( 0,3-4,0 ) АТТПО – 152,4 ( 0-30 ) от 03.2017. Госпитализирована повторно для коррекции ССТ , настаивает на отмене ССП из-за болей в желудке.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 30.06 | 118 | 3,5 | 4,1 | 60 | 1 | 1 | 57 | 39 | 2 |
| 05.07 | 130 | 3,9 | 5,4 | 54 | 2 | 1 | 66 | 28 | 3 |
| 10.07 | 119 | 3,6 | 4,3 | 30 | 1 | 1 | 60 | 36 | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.06 | 67 | 4,72 | 1,18 | 0,88 | 3,3 | 4,4 | 6,2 | 86 | 14,9 | 3,1 | 0,72 | 0,22 | 0,22 |

30.07.17 Анализ крови на RW- отр

### 30.07.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –5-7 в п/зр белок – 0,027 ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. - едв п/зр

12.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

04.07.17 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – 0,027

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.06 | 10,9 | 11,7 | 10,4 | 10,1 |
| 02.07 | 7,6 | 9,8 | 5,6 | 9,6 |
| 06.07 | 8,3 | 8,9 | 7,2 | 11,5 |
| 09.07 | 13,4 | 12,6 | 10,1 | 11,2 |
| 12.07 | 12,2 | 12,6 | 11,9 | 12,2 |
| 16.07 | 9,3 | 12,2 | 8,3 | 10,4 |
| 18.07 | 12,0 | 10,2 | 5,9 | 9,9 |
| 19.07 | 12,1 |  |  |  |
| 20.07 | 10,6 |  |  |  |
| 21.07 | 9,8 | 9,8 | 10,9 | 10,3 |

22.03.17Невропатолог: ДЭП II сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта в левой гемисфере в русле левой СМА ( 2015) умеренные правосторонняя пирамидальная недостаточность, вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение

13.07.17Окулист: VIS OD=0,4 н/к OS= 0,4 н/к

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Выраженная височная деколорация. Гр. четкие, сосуды сужены, неравномерного калибра, извиты, склерозированы, вены полнокровны. С-м Салюс1-II ст. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Частичная атрофия зрительного нерва ОИ? Рек-но дообследование СОТ ДЗН на ОИ тонометрия, КП на ОИ после выписки.

29.06.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

21.03.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

22.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст.Хр. гастродуоденит вне обострения. Полип н/3 пищевода. Рек-но: наблюдение невролога, сосудистого хирурга, хирурга эндокоп. Отд. Повторный осмотр после ПГИ, при необходимости конс. онколога КУ ЗОКОД, золопент 20 мг 1т 1р\д 3дня, фосфалюгель 1-2р/д 3-5 дней. диета, стол № 9, исключение кислой, острой пищи. УЗИ ОБП в плановом порядке.

06.07.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки,

07.07.17ПГИ № 2165: а 21986 – 91 Закл: микро: плоскоклеточная папиллома в одном из фрагментов покрыта цилиндрическим эпителием с слизистой желудка.

12.07.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

17.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,5 см3; лев. д. V = 10,4см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

05.07.17 ФЭГДС: Эритематозная гастропатия. Папиллома н/3 пищевода. Уреазный тест H-pylori – отр

Лечение: Лантус, ранитидин, панкреатин, тиогамма, магникор, торвакард, вестинорм, метфогамма, амарил, сиофор, омепразол, тонорма, тиогамма,

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: Лантус п/з- 44-46ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

при необходимости воксид 0,2 мг 1т перед приемами пищи.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Контроль липидограммы через 3 мес, при необходимости гиполипидемическая терапия: торвакард (этсет) 20 мг 1т на ночь.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: хипотел 40 мг 1т утром бисопролол 10 мг ½ т утром, лоспирин 75 мг веч.. вечер. Контр. АД, ЧСС.
5. Тиогамма( диалипон) 600 мг/сут. 1,5-2 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Удаление полипа н/3 пищевода в пл. порядке
8. золопент 20 мг 1т 1р\д, фосфалюгель 1-2р/д 7-10 дней. исключение кислой, острой пищи.
9. 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