#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 401

##### Ф.И.О: Гогунская Татьяна Степановна

Год рождения:1970

Место жительства: Приморский р-н, с. Преслав ул. Варбатцского 45

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 16.03.17 по 24.03.17 в энд.отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ДДПП на поясничном уровне, хр. рецидивирующее течение. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. СН 1-II А. Гипертоническая болезнь II стадии 1 степени Риск 3. Гипертензивное сердце Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения ,боли в н/к, судороги, онемение ног ,повышение АД макс. до 170/100мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2010 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. принимала при выписке из ОКЕД 20.02.16 : Фармасулин НNP 30/70 п/з- 36ед., п/у- 34ед., диаформин 500мг 2р/д,однако, по м/жит самостоятельно перешла на применение инсулина Лантус п/з-45 ЕД + диаформин 500 мг 2 р/день ,который принимает в настоящее время, приобретает самостоятельно. Гликемия –3,0-22,0ммоль/л. Последнее стац. лечение в2016г. Повышение АД в течение 5лет. Из гипотензивных принимает лозап. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.03.17Общ.ан. крови Нв –134 г/л эритр – 4,1лейк – 4,8 СОЭ –8 мм/час

э- 0% п- 1% с- 60% л- 37 % м- 2%

17.03.17Биохимия: СКФ –108,9 мл./мин., хол –3,8тригл–1,23ХСЛПВП -1,04 ХСЛПНП –2,20Катер -2,6 мочевина – 4,8креатинин –77,0 бил общ –26,4 бил пр –6,6тим – 1,3АСТ – 0,15 АЛТ –0,46ммоль/л;

### 17.03.17Общ. ан. мочи уд вес 1022лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - много в п/зр

21.03.17Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000эритр - 250белок – отр

20.03.17Суточная глюкозурия – 0,92%; Суточная протеинурия – отр

23.03.17 Микроальбуминурия-34,0

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.03 | 7,3 | 6,7 | 9,1 | 9,9 |
| 20.03 | 7,4 | 8,4 | 7,5 | 8,4 |
| 22.03 | 8,3 | 8,3 | 5,5 | 7,5 |

16.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) , хроническое течение. ДДПП на поясничном уровне, хр. рецидивирующее течение.

22.03.17Окулист: VISOD= 0,8OS= 0,7. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие.А:V2:3сосуды сужены, умеренно извиты, Салюс I-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.03.17ЭКГ:ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

22.03.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. СН 1-II А.

21.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.03.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

22.03.17Допплерография:ЛПИ справа 1,1, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialisроst не нарушен с обеих сторон.

16.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7 см3; лев. д. V = 4,9 см3

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

22.03.17Осмотр доц. кафедры Соловьюка А.О Диагноз согласован

Лечение: диаформин, Лантус, диалипон, витаксон, ноотропил, торсид,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. От дальнейшего лечения и дообследования пациентка категорически отказывается ,настаивает на выписке из отделения. У пациентки в настоящее время согл унифицированного клинического протокола №1118 от 21.12.12,приказа № 220 от 26.03.14 медицинских показаний для назначения аналогов инсулина (Лантус) нет ,проведена разъяснительная беседа,однако больная настаивает на применении инсулина Лантус, обязуется приобретать самостоятельно

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус(приобретает самостоятельно) п/з-45 ед.

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

Медицинских показаний к применению аналогов инсулина нет, однако, учитывая настойчивое желание пациентки, отказ от введение генно-инженерных инсулинов возможно применение инсулина Лантус при условии самостоятельного приобретения. При согласии пациентки возможен перевод на Фармасулин Н 30/70 п/з 36 ед, п/у 34 ед, (дозы инсулина подобраны во время стац лечения в ОКЭД 02.2016 № выписного эпикриза 183). При необходимости повторная госпитализация в эндокриндиспансер.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., трифас 2,5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.)1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Определить ТТГ , АТТПО
7. Контроль печеночных проб в динамике, при оказаниях определить маркеры вирусного гепатита. Конс. гастроэнтеролога.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В