#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 407

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

Год рождения: 1953

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

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.03.17 по 30.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма Эутиреоз. ДЭП II сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта в левой гемисфере в русле левой СМА (2015) умеренные правосторонняя пирамидальная недостаточность, вестибуло-атактический с-м. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 1. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию Актрапид НМ, Протафан НМ, в дальнейшем инсулин самостоятельно отменила. В наст. время принимает: амарил 6 мг веч, глюкофаж 1000 2р/д. Гликемия –13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Диффузный зоб с 2013 АТ ТПО –41,4 (0-30). В 2015 перенесла ишемический инсульт. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.03.17 Общ. ан. крови Нв – 129 г/л эритр – 3,9лейк – 4,6 СОЭ – 14 мм/час

э- 2% п- 6% с- 60% л- 29% м-3 %

20.03.17 Биохимия: СКФ –59,7 мл./мин., хол –6,1 тригл – 3,8 ХСЛПВП -0,88 ХСЛПНП - Катер -5,9 мочевина – 6,9 креатинин – 93,5 бил общ – 12,0 бил пр –3,0 тим – 2,0 АСТ –0,32 АЛТ –0,27 ммоль/л;

23.03.17 Глик. гемоглобин – 10,8%

20.03.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –152,4 (0-30) МЕ/мл

### 21.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

20.03.17 Суточная глюкозурия – 1,17%; Суточная протеинурия – отр

##### 23.03.17 Микроальбуминурия –51,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.03 | 12,0 | 12,9 | 12,9 | 14,5 |
| 20.03 | 10,9 | 13,0 | 6,5 | 11,5 |
| 24.03 | 10,1 | 11,6 | 9,8 | 9,6 |
| 26.03 2.00-10,4 | 8,9 | 10,6 | 7,1 |  |
| 29.03 | 6,4 | 8,8 | 8,5 | 9,2 |

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

22.03.17 ЭКГ: ЧСС -57 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.

20.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.03.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

20.03.17 Допплерография: определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больной ВРВ н/к

24.03.17 заседание комиссии в составе гл. врач Черникова В.В., нач.мед Карпенко И.В, и/о зав. отд Соловьюк Е.А.

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

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

Лечение: тиогамма турбо, мильгамма ,актовегин, тивортин, стеатель, димарил, диаформин, тонорма, нолипрел форте, предуктал MR, Лантус, димарил, диаформин, сторвас.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з по настоянию больной, категорическому отказу от применения генно-инженерных видов инсулина, переведена на инсулин Лантус

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус п/уж -16-18 ед.

Димарил (диапирид, амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут. под контролем СКФ, при показаниях коррекция дозы диаформина.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10-20 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, физиотенс 0,2-0,4 смг веч, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
5. кардиомагнил 1 т. вечер.
6. Тиогамма 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: цераксон 4,0 в/в кап № 10
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
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 Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В