|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 464

##### Ф.И.О: Борисенко Татьяна Алексеевна

Год рождения: 1965

Место жительства: Вольнянский р-н, ул. Бочарова 20/55

Место работы: инв III гр.

Находился на лечении с 28.03.13 по 08.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, субкомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ Диабетическая нефропатия IIIст. ХПН 0. Начальные проявления дистальной диабетической полинейопатии н/к, в/к, сенсорная фрма I B ст. Ранний церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия I, преимущественно в ВБС на фоне патологической извитости левой ПА. Ожирение I ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоимунный тиреодит, гипертрофическая форма, гипотиреоз средней тяжести, медикоментозная субкомпенсация. Гипертоническая болезнь II стадии IIIстепени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 3 кг, онемение н/к, головные боли, повышение АД до 230/130 мм рт. ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2012 переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 20ед., п/у-19ед., глюкофаж 500\*2р/д. Гликемия –6,0-8,0 ммоль/л. НвАIс -6,5 % (12.03.13). Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 5лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 5мн\*утр, лориста 50мг, индап 2,5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.03.13Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр –4,8 лейк – 4,8 СОЭ – 15 мм/час

э- 3% п- 2% с-49 % л-37 % м-9 %

29.03.13Биохимия: СКФ –106 мл./мин., хол –6,59 тригл -1,96 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП -4,61 Катер -5,04 мочевина –5,0 креатинин –79 бил общ –13,8 бил пр – 4,1 тим –2,0 АСТ –0,31 АЛТ – 0,62 ммоль/л;

29.03.13ТТГ – 6,9 (0,3-4,0) Мме/л

### 29.03.13 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

01.03.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 03.04.13Микроальбуминурия – 205,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.03 | 6,2 | 7,1 | 5,0 | 5,6 |  |
| 03.04 | 6,2 | 4,8 | 6,0 | 5,3 |  |
| 05.04 | 5,4 | 4,3 |  |  |  |
| 07.04 | 5,9 | 4,6 | 6,6 | 5,4 |  |

Невропатолог: Начальные проявления дистальной диабетической полинейопатии н/к, в/к, сенсорная форма I B ст. Ранний церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия I, преимущественно в ВБС на фоне патологической извитости левой ПА.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 21 OS=20

Гл. дно: Артерии сужены, склерозированы. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

28.03.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтажснижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии IIIстепени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.03.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

29.03.13Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

28.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,0 см3; лев. д. V = 7,9 см3

По сравнению с УЗИ от 04.12 размеры железы увеличились. Контуры бугристые.

Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, мелкий и крупный фиброз. В обеих долях появились кольцевые структуры до 0,75 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эутирокс, лориста, амлодипин, индап, аторвакор, омега 3, глюкофаж 850, Фармасулин НNР, диалипон, солкосерил.

Состояние больного при выписке СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120-80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.

Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з- 16-18ед., п/у- 14-16ед.

глюкофаж (сиофор, диаформин) 850 - 1т. \*2р/сут.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин, омега 3) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: лориста 100 мг 1р\сутки, индап 2,5 1р\день, амлодипин 5 мг /сутки. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
4. Диалипон 600 мг/сут. 3 мес.
5. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ контроль ч/з 2 мес. Эутирокс 100 мкг утром.
7. Рек. окулиста: окювайт комплект 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В