#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1132

##### Ф.И.О: Ищенко Нина Николаевна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Ленина 18/87

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 20.09.16 по 05.10.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз (2013) Аневризма в области рубца. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), вестибуло-атактический с-м. Многоузловой зоб Узлы левой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 120 мг, глюкофаж 1000 Гликемия –9-12 ммоль/л. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг, Многоузловой зоб с 2000г. ТАПБ не проводилось (пациентка отказывается). Мамэктомия в 2000 по поводу Сr правой м/железы. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.09.16 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр –4,4 лейк –8,3 СОЭ –29 мм/час

э- 1% п-1 % с- 63% л- 30% м- 5%

21.09.16 Биохимия: СКФ –85,2 мл./мин., хол –4,1 тригл – 1,2 ХСЛПВП -1,71 ХСЛПНП -1,84 Катер -1,4 мочевина –3,8 креатинин 62,8 бил общ – 11,8 бил пр –3,0 тим –5,0 АСТ – 0,39 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

29.08.16 глик гемоглобин – 9,6%

23.09.16ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 58,4 (0-30) МЕ/мл

### 21.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

23.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

22.09.16 Суточная глюкозурия –1,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.09.16 Микроальбуминурия –190,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.09 | 11,2 | 14,4 | 11,8 | 8,1 |
| 23.09 | 12,2 | 13,8 | 12,6 | 12,6 |
| 25.09 | 11,1 | 14,7 | 13,4 | 10,5 |
| 27.09 | 10,2 | 14,1 | 10,5 | 10,3 |
| 29.09 | 8,4 | 13,1 | 9,4 | 13,8 |
| 01.10 | 7,4 | 12,0 | 112 | 10,1 |
| 02.10 |  | 12,7 | 11,4 | 9,2 |
| 03.10 |  | 14,4 | 11,3 |  |
| 04.10 | 8,1 | 11,2 | 8,3 |  |

20.09.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

23.09.16Окулист: В хрусталике негомогенное помутнение. ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, склерозированы. В макулярной области без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

21.09.16ЭКГ: ЧСС 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенке. Аневризма в области рубца.

26.09.16ЭКГ: ЧСС 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенке. Аневризма в области рубца.

20.09.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз ( 2013) Аневризма в области рубца. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

22.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.09.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

27.09.16Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше

20.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 1,8см3; лев. д. V = 7,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и множественные расширенные фолликулы до 0,4 см. в лев доле у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,07\*0,9 см. рядом гидрофильный узел 0,7 см. В с/3 левой доли изоэхоегенный узел с гидрофильным ободком 1,25\*0,96 и гидрофильными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Диабетон MR, глюкофаж, предуктал MR, аспирин кардио, бисопролол, трифас, арифон ретард, витаксон, нуклео ЦМФ. персен, арифон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Повышение гликемии в 11.00 04.10.16 связано с наращением в режиме диетотерапии.

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: Фармасулин Н п/з 14ед., п/уж 6ед., Фармасулин НNР п/з 24 ед, п/у 12 ед,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, бисопролол 2,5 мг 1р\д.предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. В настоящее время принимает бисопролол 2,5 мг 1р\д, аспирин кардио 1-00 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2р\д, арифон ретард 1р\д.
8. Эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. Рек асс. каф. Ткаченко О.В,: трифас 5-10мг 2р\нед, бисопролол заменить на небилет 5 мг\сут, арифон ретрд 1т утром, амлодипин 2,5-5 г в обед. Конс. кардиохирурга для проведения коронарографии.
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., актовегин 10,0 в/в № 10,
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит. железы в плановом порядке.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.