#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 448

##### Ф.И.О: Голобородько Виктор Данилович

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье, ул 1905 - 18

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 24.03.17 по 04.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. . Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз, полная блокада ПНПГ. СН 0-1 Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Алерготоксидермия

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3-4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 10ед., п/у- 5ед., Фармасулин НNP п/з 31 ед, п/у 20 ед. Гликемия –8-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ, гипертрофическая форма. зоб 1 ст . Эутиреоз с 2014. ТТГ –1,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –236 (0-30) МЕ/мл от 07.2014. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.03.17 Общ. ан. крови Нв –158 г/л эритр –4,7 лейк – 4,2 СОЭ –7 мм/час

э- 1% п- 1% с- 73% л- 20% м-3 %

30.03.17 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр –4,4 лейк –4,9 СОЭ –10 мм/час

э-1 % п- 1% с- 73% л- 23 % м- 2%

27.03.17 Биохимия: СКФ –92,7 мл./мин., хол –4,5 тригл -1,52 ХСЛПВП – 1,71ХСЛПНП -2,1 Катер -1,6 мочевина –3,9 креатинин – 70,4 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим –1,5 АСТ –0,18 АЛТ –0,35 ммоль/л;

29.03.17 Глик. гемоглобин – 13,8%

28.03.17ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл

27.03.17 Коагулограмма: ПТИ – 92,6 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

### 28.03.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

27.03.17 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.03.17 Микроальбуминурия –46,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.03 | 14,2 | 13,8 | 14,2 | 19,2 |
| 28.03 | 8,3 | 9,7 | 11,5 | 12,7 |
| 30.03 | 5,6 | 8,4 | 10,9 | 10,0 |
| 31.03 |  |  | 8,1 |  |
| 03.04 |  |  |  | 4,4 |

24.03.7Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

30.03.17Окулист: VIS OD= 0,2 OS= 0,2 ; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды узкие, извиты, склерозированы, Салюс 1. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

30.03.17 Иммунолог: Алерготоксидермия.

28.03.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин.

28.03.17 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, полная блокада ПНПГ. СН 0-1

28.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. .

04.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 2 ст

27.03.17 осмотр доц. кафедры Соловьюк А.О. : диагноз согласован.

30.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 14,2 см3; лев. д. V =11,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильными очагами до 0,4 см. В обеих долях множественные кольцевые структуры до 1,0 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: предуктал MR, аспирин кардио, Фармасулин Н, диалипон, витаксон, тивортин, лесфаль, нуклео ЦМФ, Фармасулин НNP, миксер, мазь пимафукорт.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Учитывая снижение остроты зрения подтвержденное осмотром окулиста от 30.03.17 показано введение инсулина в пенфильной форме с помощью шприц ручки

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, аллерголога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н (пенф) п/з-12-14 ед., п/уж -8-10 ед., Фармасулин НNP (пенф) п/з 34-36 ед, п/у 22-24 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, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек иммунолога: см. конс. заключение.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В