#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 451

##### Ф.И.О: Грудина Надежда Николаевна

Год рождения: 1960

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Соколовка ул. Новая 21

Место работы: КУ «Центр первичной медико-санитарной помощи» ВРС, мл. медсестра.

Находился на лечении с 24.03.17 по 05.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. Смешанный зоб II. Узлы обеих долей щит. железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II ст 2 ст, гипертензивное сердце риск 4. ДЭП II сочетанного генеза. ТИА в ВББ (22.12.15) цереброастенический, астеноневротический с-м. Миелотоксическая анемия (связана с онкопатологией и специфическим лечением).

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 25 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/95 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 32ед., п/у- 29ед., диаформин 100 2р/д. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 25 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг, тритаце 10 мг. Узловой зоб с 2015, узлы обеих долей, ТАПБ не проводилось. АТ ТПО – 88,0 (0-30) МЕ/мл от 2016. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.03.17 Общ. ан. крови Нв –108 г/л эритр –3,4 лейк – 2,4 СОЭ –44 мм/час

э-1 % п- 2% с- 28% л-37 % м- 2%

30.03.17 Общ. ан. крови Нв –101 г/л эритр –3,0 лейк – 2,2 СОЭ –42 мм/час

э-1 % п- 1% с- 66% л-30 % м- 2%

28.03.17 Биохимия: СКФ –57,6 мл./мин., хол – 5,2тригл -1,9 ХСЛПВП – 1,37ХСЛПНП -3,0 Катер -2,8 мочевина –7,2 креатинин – 85,8 бил общ – 11,8 бил пр – 2,9 тим – 6,5АСТ – 0,21 АЛТ – 0,34 ммоль/л;

27.03.17 Анализ крови на RW- отр

28.03.17ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

### 28.03.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

27.03.17 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.03.17 Микроальбуминурия –30,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.03 |  | 8,9 |  |  |
| 25.03 | 8,0 | 9,7 | 10,4 | 5,7 |
| 29.03 |  |  | 7,3 |  |
| 02.04 | 6,1 | 7,3 | 8,7 | 6,7 |
| 04.04 1.00-8,8 |  | 8,8 | 7,8 | 7,2 |

24.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. ДЭП II сочетанного генеза. ТИА в ВББ (22.12.15) цереброастенический , астеноневротический с-м.

27.03.17 Окулист: Уплотнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, извиты, склерозированы с-м. Салюс 1 вены полнокровны, Множественные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.03.17 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин.

27.03.1Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II ст 2 ст, гипертензивное сердце риск 4.

27.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.03.17 Гематолог: Миелотоксическая анемия (связана с онкопатологией и специфическим лечением).

24.03.17 Фг № 10357 : без патологии

24.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,5 см3; лев. д. V = 6,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом В пр доле в с/3 гидрофильный узел 0,64 см. В левой доле в /3 гипоэхогенный узел 0,9\*0,64 см с крупным кальцинатом в центре. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNP, тритаце, предуктал MR, конкор, индапамид, Инсулар Актив, Инсулар Стабил, тиотриазолин, тардиферон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. больная переведена на схему 4х кратного введения в связи с дальнейшем лечением онкопатологии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-10 ед., п/о- 8ед., п/уж - 8ед., Фармасулин НNP 22.00 10ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., тиотриазолин 200мг \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ в условиях отд. трансплантологии.
9. Рек Гематолога: тардиферон 1т 1р\д длительно или 50 мкг 1т веч - 40 дней.
10. Б/л серия. АГВ № 235733 с 24.03.17 по 05.04.17. к труду 06.04.17

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В