#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 590

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

Год рождения: 1960

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

Место работы: КУ «ЦПМСП» ВРС, мл. медсестра инв Ш гр

Находилась на лечении с 24 .04.18 по 04.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III- ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС: диффузный кардиосклероз АВ блокада I ст. СН1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. ДЭП 1- II ст, смешанного генеза ,церебрастенический с-м. ТИА в ВББ ( 22.12.2015). Ca ovariorum st III c gr III b(pT3N1M0G3). Хр, пиелонефрит, лантная форма в стадии нерезко выраженного обострения. Смешанный зоб 1 ст. Узел левой доли

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез выраженное онемение и снижение вувстительности в кистях и стопах , пекущие боли в стопах, сухость кожных покровов, увеличение веса на 12 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, дискомфорт в области сердца, периодические боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. во время оперативного лечения -холецистэктомия. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. сиофор 850 1т 2р/д затем по 1000 2р/д. С 2005 в связи с декомпенсацией была переведена на инсулинотерапию.: Фармасулин НNP 2р/д диаформин 1000 2р/д. В 03.2017 была переведена на дробное введение в смвзи с комбинированным лечением Сг правого яичника. Комы отрицает. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Фармасулин НNP 22.00 – 10 ед. Гликемия –10,0-14,0 ммоль/л. НвАIс – 9,8 % от 23.04.18 . Последнее стац. лечение в 03.2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает тритаце 10 мг утром, предуктал MR 1т 2р/д, спиронолактон 50 мг утром, кардиомагнил 75 мг веч. Смешанный зоб 1 ст с 2016 ТАПБ(2016) – базофильный коллоид. АТТГ – 88,0 (0-100) от 2016. 2016 аппендэктомия. 2004 холецистэктомия. 2016 экстирпация матки с придатками + ПХТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 25.04 | 136 | 4,1 | 5,9 | 19 | | 210 | | 1 | 0 | 61 | 37 | | 1 | | |
| 03.05 |  |  |  | 21 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 25.04 | 91 | 5,9 | 1,56 | 1,42 | 3,76 | | 3,1 | 5,9 | 73 | 14,6 | 2,7 | 6,1 | | 0,32 | 0,42 |
| 02.05 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,9 | 2,9 | 5,85 | | 0,8 | 0,22 |

27.04.18 ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

04.05.18 Св.Т4 - (10-25) ммоль/л

30.04.18 АЧТЧ 22,5 МНО – 0,85 ПТИ 1161 фибр 2,9

25.04.18 К – 4,03; Nа –131,5 Са++ -1,1 С1 – 100,9 ммоль/л

### 25.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ум ; эпит. перех. - в п/зр

02.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5500 эритр - белок – отр

26.04.18 Суточная глюкозурия – 0,45 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.04.18 Микроальбуминурия –73,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.04 | 10,4 | 9,6 | 10,1 | 8,5 |
| 27.04 | 6,0 | 6,8 |  |  |
| 29.04 | 4,9 | 4,8 | 7,5 | 7,1 |
| 01.05 | 4,2 | 6,4 | 5,3 | 7,6 |
| 03.05 | 4,9 |  |  |  |
| 04.05 | 5,2 |  |  |  |

25.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), ДЭП 1- II ст, смешанного генеза ,церебрастенический с-м. ТИА в ВББ ( 2015). Рек: МРТ ГМ УЗДС МАГ в плавном порядке, АСК, статины, актовегин 10,0 в/в , а-липоевая кислота 600 мг/сут ,кветирон 25 мг на ночь при нарушении сна.

27.04.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды узкие извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст. ед. Микроанеризмы, тв. эксудаты, микроагеморрагии Д-з: . Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.04.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст.

04.05.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст.

04.05.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. АВ блокада 1 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Рек: би-престариум 10/10 1т 1р/д предуктал MR 1т 2р/д, 3 мес. Контроль АД, ЧСС. Дообследование ЭХОКС.

02.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

25.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

03.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7 см3; лев. д. V =7,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелкими фиброзными очагами до 0,4см. В левой доле в в/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,0\*0,69 см с крупным кальцинатам в центре. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Фармасулин НNP, диаформин 1000, кардиомагнил, тритаце, неогабин, фенигидин, каптопрес, предуктал MR, спиронолактон, актовегин,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня, несколько уменьшились боли в н/к. Сохраняется нестабильное АД . Рекомендована замена гипотензивной терапии. Контроль АД ЭКГ в динамике осмотр семейного врача по м/ж через 3-4 нед.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, онколога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-30-32 ед., п/уж – 14-16ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг (этсет) 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: би-престариум 10/10 1т 1р/д предуктал MR 1т 2р/д, 3 мес кардиомагнил 75 мг веч . Контр. АД.
5. ЭХОКС в плановом порядке с послед. конс кардиолога по м/ж.
6. альфалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., неогабин 75 мг 1т 2 р/д 1 мес .
7. Офлоксацин 0,2 1т 2р/д до 10 дней. контроль ан. мочи по Нечипоренко. Контроль СОЭ в динамике
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Б/л серия. АДГ № 671975 с 24.04.18 по 04.05.18. к труду 05 .05.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.