#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 279

##### Ф.И.О: Гришинец Таисия Павловна

Год рождения: 1953

Место жительства: Ореховский р-н, с. Копани, ул. Темирязева 5

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.02.15 по 03.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП на пояснично-крестцовом уровне. Вертеброгенная люмбалгия. Начальная катаракта ОИ ( в OS посттравматическая). Возрастная макулярная дегенерация ОИ. ХБП I ст. Пиелонефрит в стадии обострения. Смешанный зоб 1 ст. Узел правой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 5 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор, диаглизид). На фоне приема препаратов метформинов (сиофор, диаформин) – диарея. В наст. время принимает: Диабетон MR 2т утром, глюкофаж 850 мг 2р\д. Гликемия –19-20 ммоль/л. НвАIс – 12,9 % от 22.01.15 .АТТГ < 20,0 (0-100) Мме/л; АТ ТПО <10,0 (0-30) МЕ/мл от 2010 .Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.02.15 Общ. ан. крови Нв – 145 г/л эритр – 4,7 лейк –8,0 СОЭ – 26 мм/час

э- 1% п- 2% с- 70% л- 24 % м- 3%

27.02.15 Биохимия: СКФ –103,6 мл./мин., хол –4,9 тригл – 2,4ХСЛПВП – 1,09ХСЛПНП – 1,71Катер -3,49 мочевина –2,7 креатинин – 60 бил общ – 10,4 бил пр –2,6 тим – 0,9 АСТ – 0,7 АЛТ –1,64 ммоль/л;

### 27.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –на всё п/зр белок – 0,134 ацетон –отр; эпит. пл. –ед в п/зр

03.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -93750 эритр -500 белок – 0,085

02.03.15 Суточная глюкозурия – 3,4 %; Суточная протеинурия – 0,189

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.02 | 12,2 | 12,9 | 9,7 | 12,6 |
| 02.03 | 9,8 | 6,1 | 11,1 | 14,3 |

27.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП на пояснично-крестцовом уровне. Вертеброгенная люмбалгия.

26.02.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ. В OS очаговые и диффузные (травма 15 лет назад). Экссудативные очаги в макулярной области. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Начальная катаракта ОИ ( в OS посттравматическая). Возрастная макулярная дегенерация ОИ.

26.02.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

26.02.15 ФГ ОГК№ 28979: легкие и сердце без патологии.

03.02.15Нефролог: ХБП I ст. Пиелонефрит в стадии обострения.

03.03.15 Уролог асс. каф. Сагань А.С: Острый пиелонефрит слева.

03.03.15 УЗИ почек: Эхопризнаки удвоение ЧЛС слева, микролитов в обеих почках

26.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,0 см3; лев. д. V = 9,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим количеством мелкого фиброза и единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. В р доле у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,0\*0,69 см с фиброзными и гидрофильными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Диабетон MR, глюкофаж, норфлоксацин, парацетамол, синарта, папаверин, анальгин, уронефрон, целебрекс, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: У больной с 28.02.15 усилились боли в поясничной области слева, с повышением температуры до 39°С, дизурическими явлениями. Осмотрена урологом, нефрологом. СД субкомпенсирован ( на момент госпитализации больная от перевода на инсулинотерапию отказалась), гипергликемия обусловлена сопутствующей урологической патологией. Больной показан ургентный перевод в урологическое отделение ЗОКБ. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: инсулин короткого действии (Хумодар Р100Р, фармасулин Н) в режиме дробных инъекций: 4-8 ед перед приемом пищи, при необходимости в 22.00 – 24 ед с последующим подбором дозы под контролем гликемии. При стабилизации состояния перевод на комбинированную инсулинотерапию.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Рек. невропатолога: синарта 2,0 в/м№ 10-15, преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, целебрекс 200 мг\сут до 2 мес.,
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 2р. в год. ТАПБ 10.03.15 14.00 в «диа-сервис» (ул. Панфилевцев 15, тлф: 2240303) с последующей конс. эндокринолога.
7. Рек. нефролога: левофлоксацин 500 мг в/в кап, флюконазол 50 мг\сут. Осмотр уролога ЗОКБ.
8. Рек уролога асс. каф. Сагань А.С.: учитывая острый пиелонефрит слева показана госпитализация в отделение урологии ЗОКБ для дальнейшего лечения.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.