#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 383

##### Ф.И.О: Федорин Сергей Николаевич

Год рождения: 1958

Место жительства: Ореховский р-н, с. Преображенка пер. Титова 16

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 14.03.17 по 24.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3) хроническое течение, Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, зоб1 ст. Субклинический гипотиреоз. ДДПП на поясничном уровне, протрузия L4-L5, L5-S1, мышечно-тонический, болевой с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Подкожный панариций пр. стопы. в стадии регенерации. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. С-м сухого глаза. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0 Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4-5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния 2-3 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: димарил 2 мг веч, диаформин 850 2р/д. Гликемия –4,7-10 ммоль/л. НвАIс – 6,3 % от 03.2017. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 2 лет, усиление болевого с-ма в течение месяца. АИТ, гипертрофическая форма, зоб 1 ст, субклинический гипотиреоз Т4св – 11,4 ( 10-25), ТТГ – 6,4 ( 0,3-4,0) АТТПО – 1004,0 (0-30) от 02.2016. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.03.17 Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр – 4,2 лейк – 4,9 СОЭ – 1 мм/час

э- 1% п- 1% с- 56% л- 37% м- 5%

15.03.17 Общ. ан. крови Нв –155 г/л эритр –4,7 лейк –5,4 СОЭ – 3 мм/час

э-2 % п- 5% с- 62% л- 26% м- 4%

15.03.17 Биохимия: СКФ –91,2 мл./мин., хол –4,7 тригл – 2,5ХСЛПВП -0,70 ХСЛПНП -0,70 Катер -5,7 мочевина –6,3 креатинин – 100,1 бил общ –9,5 бил пр –2,4 тим –3,3 АСТ –0,39 АЛТ – 0,49 ммоль/л;

17.03.17 ТТГ – 5,8 (0,3-4,0) Мме/мл

20.03.17 Коагулограмма: ПТИ – 83,3 %; фибр – 2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2

### 15.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

17.03.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 17.03.17 Микроальбуминурия – 29,4мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.03 |  |  | 5,1 | 4,3 |
| 15.03 | 6,0 | 6,2 | 6,0 | 5,6 |
| 16.03 | 6,3 | 7,6 | 4,0 | 5,4 |
| 18.03 | 4,6 | 5,2 | 6,6 | 5,6 |
| 21.03 | 4,9 | 5,7 |  | 7,6 |
| 22.03 | 5,7 | 7,6 | 6,6 | 5,8 |
| 23.03 | 6,4 |  |  |  |

13.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3) хроническое течение. ДДПП на поясничном уровне, протрузия L4-L5, L5-S1, мышечно-тонический, болевой с-м.

17.03.17 Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,8 ОИ. Гл. дно: факосклероз, веки отечные. ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены ,вены полнокровны, с-м Салюс 1. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. С-м сухого глаза. .

14.03.17ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

15.03.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0 Риск 4.

21.03.17 ЭХО КС: По ЭХО КС: Уплотнение стенок аорты, Гипертрофия в/3 МЖП

15.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.03.17 Хирург: Подкожный панариций пр. стопы. в стадии регенерации.

15.03.17РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

16.03.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с двух сторон. Стеноз ЗББА справа 35-38% Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,5 см3; лев. д. V = 8,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диапирид, диаформин, тиогамма, мидокалм, олфен, L-лизин эсцинат, арифон, этирокс

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к. Подкожный панариций пр. стопы. в стадии регенерации. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.
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: арифон ретард 1т 1р\д, предуктал MR 1т 2п/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, ВЭМ по м/ж.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес..
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. эутирокс 12,5 мкг утром натощак Контр ТТГ в динамике через 1 мес, с послед. коррекцией дозы при показаниях. .
10. Рек. окулиста: виаль слеза 2-3 р/д
11. Рек хирурга: продолжить обработку йоддицирином + демиксидом, 3к 1 на обл. подкожного панариция 1п пр. стопы в ст. регенерации.
12. Повторный осмотр хирурга через 2-3 дня.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В