#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 247

##### Ф.И.О: Литус Зинаида Васильевна

Год рождения:1953

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Интернациональная

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 17.02.17 по 27.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2,средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хронический пиелонефрит , ст. обострение.Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 0.Диффузный зоб Iст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст.время принимает: Диабетон MR 120 мг утром, препараты метформинового ряда после выписки и энд .диспансера в 2016 году самостоятельно отменила .С 14.02.17 ССТ не принимает. Гликемия–8-13ммоль/л. НвАIс -10,8 % от 30.01.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к в течение 4лет. Диффузный эутиреоидный зоб с 2016 02.2016 Т4св – 16,2 (10,25) ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –34,8 (0-30) МЕ/мл.Боли в нижних конечностях беспокоят в течении 4 лет ,усиление болевого синдрома в течении месяца. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.02.17Общ.ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,2лейк –4,6 СОЭ – 25 мм/час

э- 0% п- 0% с- 67% л- 30 % м- 3%

20.02.17Биохимия: СКФ –63 мл./мин., хол –6,2тригл -2,7 ХСЛПВП -0,9 ХСЛПНП -4,0 Катер -5,9 мочевина –3,8креатинин –64 бил общ –11,2 бил пр –3,0тим –2,34 АСТ –0,31 АЛТ – 0,15ммоль/л;

### 22.02.17Общ. ан. мочи уд вес 1015лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

22.02.17Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 65000 эритр - 1000 белок – отр

24.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 81250 эритр - 1000 белок – 0,055

27.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 68750 эритр - 500 белок – отр

22.02.17Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – 0,042

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.02 |  | 16,2 | 14,8 | 21,1 |
| 19.02 | 8,9 | 11,0 | 9,8 | 9,7 |
| 20.02 | 8,2 | 8,5 | 6,0 | 9,6 |
| 22.02 | 4,7 | 5,1 | 3,7 | 4,7 |
| 24.02. | 6,1 | 6,1 | 6,5 | 10,5 |
| 25.02 | 5,3 | 7,3 | 9,5 | 10,0 |
| 26.02 |  |  |  | 7,5 |

17.02.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м,

21.02.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие .А:V 1:2 сосуды сужены, больше артерии, извиты, вены полнокровны. с-м Гвиста, Салюс I- II. Единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.02.17ЭКГ:ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл.ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

21.02.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

20.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.02.17 Нефролог ХБП II ст. Диабетическая нефропатия в сочетании с пиелонефритом ст. обострение.

20.02.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

17.02.17УЗИ щит.железы: Пр д. V =9,2 см3; лев. д. V =9,2 см3

Щит.железаувеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарныел/узлыне визуализируются. Закл.: Увеличение щит.железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диапирид, диаформин, норфлоксацин, Диабетон MR, витаксон, пирацетам атоксил

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД130/70 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. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: дообследование: ЭХО КС по м/ж,повторный осмотр кардиолога.
5. Эналаприл2,5- 5 мг утром. Контр. АД.
6. диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.)1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рекомендации нефролога –цефикс 400 мг в сутки , флуканазол 50 мг в сутки до 7-10 дней ,при нормализации показателей мочи канефрон по 2 табл 3 р/день-1 мес.
9. Контроль ОАК, ан.мочи по Нечипоренко через 1 нед. УЗИ почек по м/жит в энд. диспансере отказалась.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.