#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 255

##### Ф.И.О: Гришинец Таисия Павловна

Год рождения: 1953

Место жительства: Ореховский р-н, ул. Тимирязева 5

Место работы: пенсионер. уд. «Мать- героиня» сер М № 084317

Находился на лечении с 17.02.17 по 02.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1. Узел правой доли. Эутиреоз. ДДПП на поясничном уровне. с-м люмбоишалгия, мышечно-тонический , умеренный болевой с-м. Вправимая п/о вентральная грыжа. САГ 1 ст. СН 0. Осложненная катаракта OS. Ангиопатия сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП В наст. время принимает: диаглизид 60 мг 2т утром, метамин 850 2р/д. Гликемия –7,0-14 ммоль/л. НвАIс -10,7 % от 06.12.16. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к в течение 3 лет. Смешанный зоб с 2015 АТТГ >2,0 ( 0-100) АТТПО <10 ( 0-30) Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.02.17 Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр –3,8 лейк –6,7 СОЭ –17 мм/час

э-4 % п-2 % с- 58% л- 27 % м-9 %

18.02.17 Биохимия: хол –6,0 мочевина –2,8 креатинин –75,9 бил общ – 10,2 бил пр – 2,5 тим – 1,4 АСТ – 0,17 АЛТ – 0,52 ммоль/л;

22.02.17 Биохимия: хол –5,8 тригл -2,3 ХСЛПВП -1,13 ХСЛПНП -3,6 Катер -4,1

28.02.17 СКФ – 82,9 креатинин – 77.

24.02.17ТТГ –2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

18.02.17 К – 4,2 ; Nа – 140 ммоль/л

17.02.17 гемоглобин – 121 гематокр – 0,35обще белок – 63 К – 4,39 Na- 139,1

18.02.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр –2,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10-4

19.02.17 Проба Реберга: креатинин крови-73 мкмоль/л; креатинин мочи-4030 мкмоль/л; КФ- 99,1мл/мин; КР- 98,0 %

### 17.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк – 12-15 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

18.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 250белок – отр

19.02.17 Суточная глюкозурия –1,2 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.02 |  | 11,2 | 7,8 | 10,3 |  |
| 19.02 | 12,1 | 8,8 | 8,6 | 7,9 | 7,8 |
| 21.02 | 9,3 | 7,5 |  |  |  |
| 22.02 | 6,9 | 9,6 | 6,5 | 6,2 |  |
| 24.02 | 8,6 | 10,6 | 9,3 | 10,5 |  |
| 26.02 | 9,0 |  |  |  |  |
| 28.02 | 10,7 | 8,4 | 8,3 | 9,4 |  |
| 02.03 | 9,8 |  |  |  |  |

17.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДДПП на поясничном уровне. с-м люмбоишалгия, мышечно-тонический , умеренный болевой с-м.

20.02.17Окулист: OS – в хрусталиках очаговые изменений на передней капсуле. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Гр. четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, извиты склерозированы. Салюс I-II. В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Осложненная катаракта OS. Ангиопатия сетчатки ОИ.

17.02.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

20.02.17 Кардиолог: САГ 1 ст. СН 0.

17.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

27.02.17 Хирург: Вправимая п/о вентральная грыжа

17.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,3 см3; лев. д. V =8,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзов и единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр. доле у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,0\*0,7 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: метамин, атоксил, тиоктацид, ревмоксикам, ноотропил, аспаркам, мильгамма, левофлоксацин диаформин, диапирид, ноотропил, мильгамма, ревмоксикам, индапрес, диаформин, диаглизид, фуросемид, индапрес.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, учитывая уровень глик гемоглобина, показатели гликемии, пациентке показано добавить к лечению базальный инсулин или препарат форксига. В настоящее время от инсулинотерапии категорически отказывается, настаивает на выписке из отделения. Уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

при возможности к лечению добавить форксига 10 мг 1р\д под контролем гликемии с послед. коррекцией дозы ССТ при показаниях.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы ССТ, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики лечения.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т утром контроль АД.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. Рек. невропатолога: конс. травматолога в плановом порядке.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы в плановом порядке с послед. конс. эндокринолога (направление у больной на руках).

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В