#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1385

##### Ф.И.О: Шиш Анна Кириловка

Год рождения: 1954

Место жительства: Куйбышевский р-н, Вершина -2, Комсомольская 4

Место работы: пенсионер инв Iгр.

Находился на лечении с 25.10.13 по 06.11.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта ОS. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ДДПП, состояние после операции ламинэктомии L5, частично L4 S1, удаление эпидуральной инфекционной гранулемы, аспирация паравертебрального абсцесса на уровне S1 справа (02.2010). Протрузия диска L4-S5, вторичная люмбалгия. С-м нарушения функции тазовых органов по типу недержания мочи. Инфекция мочевыделительной системы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 185/90мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. С начала заболевания ССП: Диабетон MR, сиофор. В течении 3 мес принимает глибенкламид по 1т 3р/д, метамин SR. 500мг по 1т/д. . Гликемия –11-14 ммоль/л. НвАIс - 10,5% С-пептид -1,08 от 09.10.13. Повышение АД в течение года. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.10.13Общ. ан. крови Нв –120 г/л эритр –3,6 лейк –4,3 СОЭ –21 мм/час

э- 0% п-0 % с- 58% л- 35 % м-7 %

28.10.13Биохимия: СКФ –86 мл./мин., хол –6,45 тригл – 1,66ХСЛПВП -1,52 ХСЛПНП -4,17 Катер -3,2 мочевина –6,7 креатинин –77 бил общ –10,5 бил пр –2,5 тим –1,9 АСТ –0,46 АЛТ – 0,40 ммоль/л;

04.11.13ТТГ – 2,3 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО 25,2;

### 28.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –н все в п/зр белок – 0,038 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; п/зр

31.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 23500 эритр - белок – 0,018

05.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - 250 белок отр

28.10.13Суточная глюкозурия – 1,59 %; Суточная протеинурия – отр

##### 04.10.13Микроальбуминурия –60,28 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.10 |  |  | 11,5 | 11,0 |
| 26.10 | 11,5 | 12,1 | 9,1 | 6,0 |
| 29.10 | 10,0 | 9,0 | 13,2 | 10,1 |
| 30.10 | 10,5 | 12,0 |  |  |
| 31.10 | 8,4 | 8,6 | 11,4 | 10,0 |
| 01.11 | 5,9 |  |  |  |
| 02.11 | 5,8 | 4,7 | 10,9 | 7,3 |
| 03.11 |  |  | 8,4 |  |

Невропатолог: ДДПП, состояние после операции ламинэктомии L5, частично L4 S1, удаление эпидуральной инфекционной гранулемы, аспирация паравертебрального абсцесса на уровне S1 справа( 02.2010). Протрузия диска L4-S5, вторичная люмбалгия. С-м нарушения функции тазовых органов по типу недержания мочи.

Окулист: VIS OD= 0,08 OS= 0,5 ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Больше в ОД. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта ОS. ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V = 6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: офлоксин, розард, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, глибенкамид, метамин SR, эналаприл, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. В связи с VIS OD= 0,08 OS= 0,5 ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Больше в ОД. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта ОS, выдано 2 шприц ручки с дальнейшим применением картриджных форм инсулина Фармасулин Н, Фармасулин НNР.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нейрохирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н (пенфил)п/з- 4-6ед., Фармасулин НNР (пенфил) п/з 24 ед. п/у – 12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
9. Конс кардиолога по м/ж.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
12. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.