#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1135

##### Ф.И.О: Шулая Мурман Шалвович

Год рождения: 1959

Место жительства: приазовский р-н, с. Бановка, Комарова 86

Место работы: н/р

Находился на лечении с 10.09.13 по 23.09.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, субкомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Цефалгический с-м. ДДПП(клинически), вертеброгенная люмбоишалгия слева. Хр. рецидивирующие течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз.СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, дрожь в теле.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, Диабетон MR ). В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг. Гликемия –12,0-4,4-7,5 ммоль/л. НвАIс -7,9 % от 10.09.13. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 3лет. Ранее в энд отделении не лечился. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.09.13Общ. ан. крови Нв – 187 г/л эритр –4,3 лейк –8,0 СОЭ –51 мм/час

э- 1% п- 1% с- 68% л- 22 % м- 8%

20.09.13 СОЭ мм/час

11.09.13Биохимия: СКФ – 54мл./мин., хол –5,62 мочевина –13,4 креатинин – 182 бил общ – 10,1 бил пр –2,5 тим – 1,9 АСТ – 0,55 АЛТ – 0,60 ммоль/л;

20.09.13 Креатинин мочевина

### 11.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –5-7 в п/зр белок – 1,299 ацетон –отр; эпит. пл. – 1-2; эпит. перех. - ед в п/зр

13.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - 2500 белок – 1,854

12.09.13Суточная глюкозурия – 0,49%; Суточная протеинурия – 7,113г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.09 | 5,6 |  | 8,5 | 9,2 |  |
| 12.09 |  | 9,7 |  |  |  |
| 15.09 | 6,3 | 8,0 | 9,7 | 9,3 |  |
| 18.09 | 4,6 | 6,8 | 7,8 | 8,4 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Цефалгический с-м. ДДПП(клинически), вертеброгенная люмбоишалгия слева. Хр. рецидивирующие течение.

Окулист: VIS OD=0,9 OS=1,0 ; ВГД OD=19 OS=20

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз.СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки увеличения диффузных изменений паренхимы печени, хр. холецисто-панкреатита, микролитов в обеих почках, ДГПЖ

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 8,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щитовидной железы нет.

Лечение: Диабетон MR, амлодипин, лориста, тиоктацид, мильгамма, актовегин,, нуклео ЦМФ, Генсулин Н.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия Генсулин Н п/з 10-12 п/у 8-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., нолипрел форте 1т\*утром,

. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

1. Фозикард 5-10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
3. Рек. невропатолога: сермион 4мг в/м № 10 затем 30 мг утр. до 3 мес.,
4. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использхованием ингибиторов АПФ с 2-м путем наведения.
5. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/ трайкор 1 т 1р/д, конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.