#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 82

##### Ф.И.О: Симак Ирина Петровна

Год рождения: 1952

Место жительства: Пологовский р–н, г. Пологи, ул. К-Маркса, 509, кв 21

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.01.14 по 31.01.14 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Энцефалопатия смешанного генеза. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. МКБ, камни обеих почек. Хронический калькулезный пиелонефрит, стадия неполной ремиссии. САГ Ш ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области, боли в правом подреберье.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, сиофор, диапирид, Диабетон MR). С 2013 принимает дуглимакс по 1т /веч, олтар 3 мг утр 02.01.14 в связи с декомпенсацией СД переведена амбулаторно на инсулинотерапию Инсуман Рапид п\з – 4 ед, п/о – 6 ед, п/у – 4 ед. в 22.00 Инсуман Базал 9 ед. С 14.01.14 больная самостоятельно отменила инсулин, перешла на прием дуглимакса и олтара. Гликемия –7-16 ммоль/л. НвАIс - 10,7%. Боли в н/к в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.01.14 Общ. ан. крови Нв – 157 г/л эритр – 4,9лейк – 6,5 СОЭ – 10 мм/час

э- 3% п- 2% с- 64% л- 29 % м- 3%

17.01.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –5,25 тригл -2,07 ХСЛПВП – 0,91 ХСЛПНП – 3,4Катер -4,8 мочевина –3,8 креатинин –91 бил общ –12,3 бил пр –12,3 тим –3,0 АСТ –0,39 АЛТ – 0,39 ммоль/л;

20.01.14 Глик. гемоглобин – 14,2%

22.01.14ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 205,1 (0-30) МЕ/мл

### 17.01.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – 0,083 ацетон –отр; эпит. пл. -густо ; эпит. перех. - в п/зр

20.01.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -590000 эритр - 5000белок – 0,080

27.01.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -381250 эритр -23000 белок – 0,036

28.01.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 112500 эритр -10000 белок – 0,026

29.01.14 Суточная глюкозурия – 0,7% ; Суточная протеинурия – 0,052г/л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.01 |  | 13,6 | 14,5 | 8,1 |  |
| 17.01 | 12,8 | 10,9 | 13,5 | 9,5 | 8,8 |
| 18.01 | 9,6 | 13,7 | 14,0 | 8,2 |  |
| 21.01 | 10,2 | 14,7 | 10,0 | 8,5 |  |
| 22.01 | 9,5 | 11,9 |  |  |  |
| 23.01 | 11,3 | 11,3 | 6,0 | 8,8 |  |
| 24.01 | 8,0 |  |  |  |  |
| 25.01 | 9,9 | 10,1 | 7,1 | 5,1 |  |
| 28.01 | 10,2 | 8,6 |  |  |  |
| 30.01 | 7,6 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к II ст, сенсо-моторная форма. Энцефалопатия сочетанного генеза. Дисмнестический с-м

16.01Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,4 ; ВГД OD=22 OS=22

Факосклероз ОИ. Гл. дно: Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Подозрение на глаукому ОИ.

20.01ЭКГ: ЧСС 67- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый ,правильный. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

21.01Кардиолог: САГ Ш ст

ЭХО КС: КДР-5,27 см; КДО- 133,76мл; КСР-3,40 см; КСО-47,45 мл; УО6 мл; МОК-6,7 л/мин.; ФВ- 64,53%; просвет корня аорты – 3,30см; АК раскрытие – 2,27N; ПЛП – 3,70 см; МЖП – 0,94 см; ЗСЛЖ –0,94 см; ППЖ-1,68 см; ПЛЖ- 5,27см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты.

21.01Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

Нефролог: ХБП II ст.: МКБ конкременты обеих почек пиелонефрит в сочетании с диабетической нефропатией, артериальная гипертензия.

28.01Уролог: МКБ, камни обеих почек. Хронический калькулезный пиелонефрит, стадия неполной ремиссии.

РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

21.01УЗИ: Заключение: Эхопризнаки увеличения, диффузных изменений паренхимы печени, застойных хр. холецисто-панкеатита, МКБ, множественных конкрементов в обеих почках, умеренной пиелэктазии слева..

21.01УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,0 см3; лев. д. V =12,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,45 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, актовегин, берлитион, Генсулин Р, Генсулин Н, пирацетам, лозап, глюкофаж, офлоксин, диалипон, витаксон

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, уролога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-24 ед., п/о- 20ед., п/у-10 ед., Генсулин Н 22.00 20-22 ед.

глюкофаж (диаформин, сиофор ) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: фозиноприл 5-10 мг под контр АД.
5. Офлоксин 200 мг по 1т 2р/д 5 дней, контр ан мочи по Нечипоренко.
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. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 3-6 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. 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.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес 3-4 р/год. Продолжить курс антибактериальной терапии до 10-14 дней. Адекватная гипотензивная терапия.
11. Рек. уролога: ЛТ в плановом порядке в условиях ЗОКБ.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.