#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 766

##### Ф.И.О: Федорова Ольга Владимировна

Год рождения: 1964

Место жительства: Запорожский р-н. с. Кушугум, Заводская 12

Место работы: ПАО ЗАЗ, гардеробщик , инв Ш гр.

Находился на лечении с 30.05.13 по 18.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Фиброз стекловидного тела ОИ. Тракционная отслойка сетчаткиОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IIIст. Ожирение II ст. (ИМТ 30,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду,увеличение веса на 5 кг за 5 лет, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (олтар, глюкофаж). В 2010 гемофтальм ОД. 2011 повторно. С 2009 – лазерокоагуляция. 2010 – замена хрусталика ОИ. В наст. время принимает: Олта п/з- 3 мг, глюкофаж 850 2р/д. Гликемия – 4,0-14,0ммоль/л. НвАIс – 9,9 %(26.04.13). Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает локрен ¼ т утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

31.05.13Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр –4,7 лейк –11,1 СОЭ –27 мм/час

э-1 % п-5 % с- 66% л- 21 % м- 7%

06.06.13Общ. ан. крови Нв –113 г/л эритр –3,6 лейк –5,0 СОЭ –16 мм/час

э-0 % п-1 % с- 63% л- 30 % м-6%

31.05.13Биохимия: СКФ –94 мл./мин., хол –4,9 тригл -2,17 ХСЛПВП -1,18 ХСЛПНП -2,73 Катер -3,2 мочевина –7,9 креатинин –76 бил общ –13,4 бил пр – 3,2 тим –3,1 АСТ –0,39 АЛТ –0,59 ммоль/л;

07.06.13ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 140,0 (0-30) МЕ/мл

14.06.13 Т4Св – 13,2 пмоль/л

### 31.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. – ед в п/зр, грибки

03.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2500 эритр - белок – отр

03.06.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 03.06.13Микроальбуминурия – 69,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 |  |  | 8,4 | 9,7 |  |
| 02.06 | 6,2 | 7,7 | 7,3 |  |  |
| 03.06 | 7,4 | 10,3 | 7,7 | 10,0 |  |
| 06.06 | 9,1 | 7,1 | 9,4 | 10,4 | 8,1 |
| 09.06 | 8,3 | 10,5 | 7,3 | 8,9 |  |
| 11.06. | 5,9 | 9,3 | 12,0 | 6,8 |  |
| 16.06 | 8,3 | 10,6 | 10,7 | 12,8 |  |
| 17.06 |  | 8,3 | 9,9 |  |  |
| 18.06 | 7,6 |  |  |  |  |

Невропатолог: Начальные проявления диабетической дистальной полинейропатии н/к, сенсорноя форма.

Окулист: VIS OD=0,01(эксц.) н/к OS=0,3-1,5=0,5 ; ВГД OD=20 OS=17

Артифакия ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Неоваскуляризация в ОД по ходу в/височной и н/височной ветви сосудов, выраженный участок пролиферации который променирует в стекловидное тело. В парамакулярной области пигментированный очаг. ОИ по ходу сосудов ретинальный геморрагии, твердые экссудаты, лазеркоагулянты. Д-з:. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Фиброз стекловидного тела ОИ. Тракционная отслойка сетчатки ОИ.

06.06.13ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ:. Нарушение кровообращения справа –Iст, слева -II ст. тонус сосудов N.

04.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V = 7,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, единичные расширене фооликулы до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: локрен, берлитион, витаксон, трайкор, оптикс, мексидол, глюкофаж, актовегин, Фармасулин НNР

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая наличия у больной VIS OD=0,01(эксц.) н/к OS=0,3-1,5=0,5 Д-з:. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Фиброз стекловидного тела ОИ. Тракционная отслойка сетчатки ОИ. Рекомендовано выдача инсулина по м/ж в пенфильной форме.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР (пенф) п/з-30-32 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (трайкор) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога:. Дообследование: ЭХО КС.
4. Локрен ¼ утром. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ контроль ч/з 2 мес.
7. Рек. окулиста: трайкор 1т 2р/д оптивижин ½ 1р/д, мексидол 1 т/д.
8. Б/л серия. АБЖ № 503938 с 30.05.13 по 18.06.13. К труду 19.06.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В. А.

и/о Зав. отд. Ермоленко В. А.

Нач. мед. Костина Т.К.