#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 522

##### Ф.И.О: Марченко Юрий Валентиновна

Год рождения: 1951

Место жительства: Запорожский ул. Тургенева 44-14

Место работы: ООО ЗАЗ «оснастка» мастер.

Находился на лечении с 09.04.13 по 22.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IIIст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальные проявления дисталной хронической диабетической полинейопатии н/к, I B ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Мозговой малый лакунарный ишемический инсульт в левой гемисфере корковых ветвях СМА с приходящим гемипарезом и моторной афазией (2011). Хронический панкреатит, средней тяжести с нарушением секреторной функции поджелудочной железы. Жирова дистрофия печени. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Гипертоническая болезнь III ст. IIIст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду,полиурию, потерю веса на 3 кг за 6 мес., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Диабетон MR 1т утром, сиофор 850 \* 2 /д. Гликемия –13,5 ммоль/л. Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает энлаприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.04.13Общ. ан. крови Нв – 138 г/л эритр –4,4 лейк –2,9 СОЭ –14 мм/час

э-4 % п- 1% с- 45% л- 31 % м-19 %

16.04.13Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр –4,5 лейк –5,0 СОЭ –28 мм/час

э-5 % п- 0% с- 60% л- 27 % м-8 %

10.04.13Биохимия: СКФ –88 мл./мин., хол –6,0 тригл -1,86 ХСЛПВП – 1,55ХСЛПНП -3,6 Катер -2,9 мочевина –2,5 креатинин –102 бил общ –12,4 бил пр 3,1 тим –0,86 АСТ –1,05 АЛТ –0,81 ммоль/л;

11.04.13Глик. гемоглобин 9,2%

19.04.13 ТТГ – 4,1 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 49,2 (0-30) МЕ/мл

### 10.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

17.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1250 эритр - белок – отр

11.04.13Суточная глюкозурия – 0,95 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.04.13Микроальбуминурия –61,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.00 | 9,6 | 12,5 | 9,3 | 5,3 |  |
| 14.03 | 8,4 | 7,6 | 7,5 | 6,4 |  |
| 19.04 | 7,2 | 9,1 | 9,5 | 7,3 |  |
| 20.04 |  | 7,0 |  |  |  |

Невропатолог: Начальные проявления дисталной хронической диабетической полинейопатии н/к, I B ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Мозговой малый лакунарный ишемический инсульт в левой гемисфере корковых ветвях СМА с приходящим гемипарезом и моторной афазией (2011).

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

Факосклероз ОИ. Гл. дно: Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.04.13ЭКГ: ЧСС - 68уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит, средней тяжести с наушением секреторной функции поджелудочной железы. Жирова дистрофия печени. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей.

10.04.13РВГ:. Нарушение кровообращения справа IIст, слева - I ст., тонус сосудов N.

10.04.13Допплерография: ЛПИ справа 1,1– , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон

13.04.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.04.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре.

17.0413УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 6,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с не большим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диабетон MR, сиофор, торсид, эналаприл, бисопролол, солкосерил, кортексин, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, повышене глик гемоглобина связано с несоблюдением режима диетотерапии о чем с больным проведена беседа, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг 2т утром

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 5 мг 2р/день, торсид 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
6. Рек. гастроэнтеролога: УДХК 750-1000мг/сут., (урсофальк, урсохол, урсосан) 2-3 мес. модификация образа жизни. Контроль биохимии крови в динамике.
7. Б/л серия. АБЖ № 503846 с 09.04.13 по 22.04.13. К труду 23.04.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.