#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 709

##### Ф.И.О: Панчук Нина Васильевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Запорожье, ул. Космическая 101-139

Место работы: инв Iгр. Днепр. УПО Луч УТОС, сборщик деталей

Находился на лечении с 17.05.13 по 30 .05.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма декомпенсация. Высокая осложненная миопия ОИ. Артифакия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОИ. Хориоретинальная ретинопатия дистрофия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ВБН. Вторичный лимфостаз левой н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная полинейропатия н/к II-ст., смешанная форма. Пароксизмальная дисфункция мышц диафрагмы неуточненного генеза. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, вестибуло-атактический с-м. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40,9кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.Узловой зоб Iст, узел левой доли. Эутиреоидное состояние

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). В наст. время принимает: амарил 4 мг утром, глюкофаж 500 2р/д. Гликемия – 8,4-9,4ммоль/л. НвАIс – 8,6% . Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает фозикард. 17.05.12 ТТГ – 0,6(0,3-4,0) Мме/л АТТГ 39,3, АТТПО 21,7. Маркеры вирусного гепатита В и С не выявлены. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.05.13Общ. ан. крови Нв – 141 г/л эритр – 4,4 лейк –5,7 СОЭ – 20 мм/час

э- 0% п- 5% с-63% л- 22% м-4 %

20.05.13Биохимия: СКФ –91 мл./мин., хол –6,16 тригл -2,25 ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП -4,07 Катер -4,8 мочевина –5,6 креатинин –90 бил общ –18,9 бил пр – 4,4 тим –1,5 АСТ – 0,39 АЛТ – 0,45 ммоль/л;

24.05.13 К-4,3; Са – 1,94 ммоль/л

24.05.13 ТТГ – 0,6(0,3-4,0) Мме/л

20.05.13Анализ крови на RW- отр

### 22.05.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

27.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

20.05.13Суточная глюкозурия – 1,14 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.05.13Микроальбуминурия –160,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.05 | 9,3 | 13,7 | 13,7 | 14,7 |  |
| 21.05 |  | 13,7 | 11,2 |  |  |
| 23.05 | 12,1 | 12,6 | 11,8 | 11,6 |  |
| 25.05 | 10,8 | 12,1 | 12,2 | 10,6 |  |
| 28.05 | 10,3 | 12,3 | 9,5 |  |  |
| 30.05 | 9,2 | 11,2 | 10,4 | 7,9 |  |
| 02.06 | 6,6 | 12,7 | 10,6 | 9,3 |  |
| 03.06 |  | 7,9 | 8,7 | 8,8 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к II-ст., смешанная форма. Пароксизмальная дисфункция мышц диафрагмы неуточненного генеза. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD=движение рук у лица OS=движение рук у лица

Артифакия ОИ. Помутнения стекловидного тела Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены полнокровны, извиты Множественые экссудативные очаги. Д-з: Высокая осложненная миопия ОИ. Артифакия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОИ. Хориоретинальная ретинопатия ОИ.

20.05.13ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Хирург: Вторичный лимфостаз левой н/к.

23.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя, конкремента в правой почке, микролитов в почках. застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

17.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8 см3; лев. д. V = 7,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы умерено снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,3 см. В лев д у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,8\*0,5 см с фиброзными и гидрофильными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы, мелкий узел левой доли.

Лечение: Хумодар К25 100Р, фозикард, торсид, ипамид, амарил, глюкофаж, торвакард, эспа-липон, трифас, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. У больной сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма декомпенсация. Высокая осложненная миопия ОИ. Артифакия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОИ. Хориоретинальная ретинопатия дистрофия ОИ, рекомендовано введение инсулина при помощи шприц ручки.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хиррурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К25 100Р пенфил п/з- 40-42ед., п/у- 14-16ед.,

глюкофаж 500 - 1т. \*2р/сут.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: индап 2,5 утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
4. Фозикард 10 мг утром, торсид 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м № 10.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Б/л серия. АБЖ № 503917 с 17.05.13 по 04.06.13. К труду 05.06.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.