|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1608

##### Ф.И.О: Кравченко Валентина Ивановна

Год рождения: 1961

Место жительства: Н- Николаевский р-н., с. Зеленая Диброва .,ул. Мира 12

Место работы: инв III гр.

Находился на лечении с 06.12. 13 по 17.12.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 ,вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма IIст. ИБС, стенокардия напряжения I ф.кл. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС сочетанного генеза. Узловой зоб I, узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 2-3 кг,

ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/ 90мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, общую слабость, быструю утомляемость, боли в прекардиальной области, отеки н/к, боли в мелких суставах, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2012 г- инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 22ед., п/у-14 ед., метамин 1000 мг \*2 р/д. Гликемия –9,1-13,0 ммоль/л. НвАIс – 8,8 %. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к с начала заболевания . Повышение АД в течение15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг \*2 р/д. Узловой зоб выявлен с 2009г.,ТАПБ – аденоматозный узел. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.12.13Общ. ан. крови Нв –128 г/л эритр – 4,0 лейк – 8,0 СОЭ – 15 мм/час

э- 6% п- 2 % с- 61 % л- 23 % м-8 %

09.12.13Биохимия: СКФ –88,9 мл./мин., хол – 5,37 тригл -2,86 ХСЛПВП – 1,22 ХСЛПНП -2, 85 Катер -3,16 мочевина –4,2 креатинин – 77 бил общ –17,4 бил пр – 3,8 тим – 1,3 АСТ – 0,42 АЛТ – 0,19 ммоль/л;

09.12.13Глик. гемоглобин – 9,9 %

11.12.13 Св.Т4 - 9,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/л

### 10.12.13 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умеренное кол-во; бактерии +

12.12.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 0 белок – отр

09.12.13Суточная глюкозурия – 1,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.12.13Микроальбуминурия – 42,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.12 | 11,0 | 9,8 | 10,5 | 11,6 |
| 11.12 | 6,1 | 8,9 | 6,1 | 7,9 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС сочетанного генеза.

Окулист: VIS OD=0,05 OS=0, 2 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Множественные микроаневризмы, микрогеморрагии.Экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.12.13 ЭКГ: ЧСС – 85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Диффузные изменения миокарда.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.12.13 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,9 см3; лев. д. V =9,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными гидрофильными очагами до 0,5 см. В лев. доле в ср/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,32\*1,94 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы, узел левой доли.

Лечение: Фармасулин НNР, эналаприл, метамин, диалипон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиологапо м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР пенф. п/з- 24-26ед., п/у-16-18 ед., диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг веч.) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг \*2 р/д., кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес
9. Рек. невропатолога: цераксон 0,5\*2 р/д 1,5 мес., кортексин 10 мг в/м № 10.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТАПБ узла щит. железы. Контроль ТТГ, Т4св через 1 мес.
11. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ .

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед Костина Т.К.