|  |
| --- |
| 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 № 411

##### Ф.И.О: Ивченко Лидия Васильевна

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Токмак, ул. Гоголя 77-42

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 20.03.13 по 05.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст., в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. ХПН 0. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Вестибуло-атактический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, повышение АД макс. до 180/100мм рт.ст., онемение ног, головные боли, отеки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). В 2009г. переведена на инсулинотерапию Хумодар К 25 100Р. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-34 ед., п/у- 26 ед., диаформин 2р/д. Гликемия –13,0-10,0 ммоль/л. НвАIс - 9,1%(19.11.12). Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает гиприл А 1т\*утр. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.03.13Общ. ан. крови Нв – 131 г/л эритр –3,9 лейк – 5,2 СОЭ – 5 мм/час

э-2 % п-2 % с-70 % л- 22 % м-4 %

21.03.13Биохимия: СКФ – 95,4мл./мин., хол –4,40 тригл - ХСЛПВП -1,63 ХСЛПНП – 2,43Катер -2,57 мочевина – 5,3 креатинин –80,4 бил общ –11,0 бил пр –4,1 тим –1,2 АСТ – 0,10 АЛТ –0,40 ммоль/л;

### 21.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр, соли оксалаты

25.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр -250 белок – отр

28.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

29.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

22.03.13Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.0303.13Микроальбуминурия – 129,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.03 | 8,6 | 10,1 | 5,8 | 4,8 |  |
| 24.03 | 7,2 | 10,9 |  | 10,9 |  |
| 27.03 | 5,1 | 8,4 | 9,4 | 8,5 |  |
| 28.03 | 11,3 |  |  |  | Cito-8.7 |
| 29.03 02.00-6,0 | 5,3 | 12,3 | 9,5 | 15,1 |  |
| 30.03 |  | 12,2 |  |  |  |
| 31.03 | 7,4 | 8,5 | 10,4 | 9,4 |  |
| 01.04 |  |  |  | 13,6 |  |
| 02.04 | 11.5 | 6.2 | 10.1 | 12.1 |  |
| 03.04 | 7,2 |  | 12,3 | 11,4 |  |
| 04.04 |  |  | 6,2 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,8 OS=0,5 ; ВГД OD= 18 OS=20

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

20.03.13ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

21.03.13РВГ: Нарушение кровообращения справа –IIст., слева -I ст., тонус сосудов повышен.

21.03.13Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – 1,0. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон..

22.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст.; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре; функционального раздражения кишечника

02.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V = 5,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, гиприл А, берлитион, метформин, торсид, розувастатин, левофлоксацин, лезиноприл, амлодипин, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипергликемия в течении дня связана с несоблюдением больной режима диетотерапии, о чем проведена беседа. Уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-34 ед., п/у-14 ед., Хумодар Р100Р п/з 6ед., п/у 6ед.

глюкофаж (сиофор, диаформин) 850 - 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 (розувастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг утр. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
4. Лизиноприл 10 мг 2р/д.
5. Берлитион 600 мг/сут. 3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: бетасерк 24 мг 2р/д, сермион 4мг в/м № 10 ,затем 30 мг утр. 1 мес., УЗДГ МАГ, повторный осмотр.
7. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
8. Рек. окулиста окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В