|  |
| --- |
| 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 № 457

##### Ф.И.О: Гринь Светлана Анатольевна

Год рождения: 1946

Место жительства: г. Г-Поле, ул. 1 Мая 17

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.03.13 по 09.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IVст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. ХПН 0. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма IIIст. ДДПП (клинически ). Вертеброгенная люмбоишалгия слева. Хроническое рецедивирующее течение, торпидный болевой с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. когнетивное снижение легкой степени. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл. СН II А, ф.кл. II. Полная блокада ПНПГ, АV блокада Iст. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 39,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоимунный тиреоидит, без увеличения объема щитовидной жедезя, эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении потерю веса на 10 кг за 3 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100мм рт.ст., головные боли, отеки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил п/з- 3мг., сиофор 1000\*2р. Гликемия –9-10,0-15 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.03.13Общ. ан. крови Нв –160 г/л эритр – 4,8 лейк – 6,7 СОЭ – 11 мм/час

э- 1% п-1 % с- 56% л- 36 % м-6 %

04.04.13Общ. ан. крови Нв –109 г/л эритр –3,4 лейк – 5,1 СОЭ –15 мм/час

э-6 % п-0 % с- 62% л- 24 % м-8 %

28.03.13Биохимия: СКФ –74 мл./мин., хол –4,84 тригл -1,79 ХСЛПВП -1,15 ХСЛПНП -2,88 Катер -3,20 мочевина –3,8 креатинин –98 бил общ –10,9 бил пр –3,3 тим –0,77 АСТ –0,34 АЛТ –0,30 ммоль/л;

28.03.13 Глик. гемоглобин 8,9%;

01.04.13ТТГ – 2,8 (0,3-4,0) Мме/л

АТ ТГ - 27,9(0-100) МЕ/л; АТ ТПО – 347,4 (0-30) МЕ/мл

### 28.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,044 ацетон –отр; эпит. пл. ум кол-во - в п/зр

01.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -26500 эритр -500 белок – 0,067

05.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр -0 белок – 0,044

29.03.13Суточная глюкозурия –0,79 %; Суточная протеинурия – 0,78г/с

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.03 | 10,0 | 10,9 | 8,5 | 8,0 |  |
| 31.03 |  | 10,8 | 10,4 | 10,4 |  |
| 03.04 |  | 7,8 |  | 10,0 |  |
| 05.04 |  | 5,7 |  |  |  |
| 06.04 | 5,2 | 8,6 | 5,0 | 7,8 |  |
| 08.04 |  |  | 10,0 |  |  |

Невропатолог: . Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма IIIст. ДДПП (клинически ). Вертеброгенная люмбоишалгия слева. Хроническое рецедивирующее течение, торпидный болевой с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. когнетивное снижение легкой степени.

Окулист: VIS OD=0,1 н\к OS=0,1 н/к ; ВГД OD= 22 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены полнокровны, извиты.. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

27.03.13ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ. АВ блокада Iст. Гипертрофия обоих желудочков. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл. СН II А, ф.кл. II. Полная блокада ПНПГ, АV блокада Iст. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.13РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

28.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3см3; лев. д. V = 6,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналазид, ипамид, торсид, лоспирин, сиофор, амарил, фенигидин, глево, Генсулин Н, диалипон, витаксон, солкосерил, сермион, кортексин.

Состояние больного при выписке: Больная переведена на комбинированную инсулинотерапию, учитывая заключение окулиста: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. VIS OD=0,1 н\к OS=0,1 н/к, больной рекомендовано введение инсулина при помощи шприц ручки. СД компенсирован, 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: Генсулин Н пенф п/з- 14-16ед.

амарил (диапирид, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/у.,

сиофор (диаформин, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. Выдана шприц-ручка 1 шт.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: трифас 5 мг 1р\сутки, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардикет 20 1т\*2р\день, эналаприл 10 мг \*1р/д., кардиомагнил 75мг 1т. веч. Контроль АД, ЭКГ.
4. Диалипон 600 мг/сут. 3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. Железы, ТТГ 1р. в год.
6. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

И.О.Зав. отд. Ермоленко В.А.

Гл. врач Черникова В.В