|  |
| --- |
| 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 № 366

##### Ф.И.О: Бондар Григорий Петрович

Год рождения: 1953

Место жительства: Васильевский р-н, с. Приморское, ул. Школьная, 2

Место работы: инв. II гр.

Находился на лечении с 12.03.13 по 22.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинозависимый, средней тяжести, субкомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к II. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Дисциркуляторная энцефалопатия II, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, сенсорно форма. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Риск 4. Гипертрофия миокарда левого желудочка . Диабетическая нефропатия III ст.. Ожирение I ст (ИМТ 31,6кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, онемение ног, снижение чувствительности ног, рук, повышение АД макс. до 160/90 мм рт. ст., головокружение, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Принимал ССТ. В 2007г. в связи с оперативным лечением переведен на инсулинотерапию. Последнее ухудшение состояния на протяжении месяца, когда после перенесенной простуды отметил повышение гликемии до 13,0 Ммоль/л. В наст. время принимает: эпайдра п/з- 5ед., п/о- 12ед., п/у-8 ед., Лантус 8.00 -38ед. Глюкофаж 500мг утром ,1000мг вечером. НвАIс -7,7 % (05.02.13). Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение нескольких лет. Из гипотензивных принимает индопрес, эналаприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.03.13Общ. ан. крови Нв – 158 г/л эритр –4,7 лейк –6,4 СОЭ – 14 мм/час

э- 3% п-0 % с-64 % л- 30 % м-3 %

13.03.13Биохимия: СКФ –76,3 мл./мин., хол –4,9 тригл -3,16 ХСЛПВП -1,37 ХСЛПНП -2,1 Катер -2,58 мочевина –7,4 креатинин –111,6 бил общ – 14,0 бил пр –3,6 тим –0,43 АСТ –0,21 АЛТ –0,32 ммоль/л;

15.03.13 К – 4,1 ; Nа – 140 ммоль/л

### 13.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ;

14.03.13Суточная глюкозурия – 0,45 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.03.13Микроальбуминурия – 37,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.03 cito1820 4.5 | 7,0 | 8,3 | 5,2 | 8,0 |  |
| 18/03 | 10.8 | 11.3 | 6.6 | 5.5 |  |
| 21.03 | 8,8 | 8,5 |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, сенсорно форма.

Окулист: VIS OD=1.0 OS=1.0 ; ВГД OD= 21 OS=22

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

12.03.13ЭКГ: ЧСС -95 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ – проводимости.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13/03/13РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

20.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре; изменений диффузного типа в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатит; функционального раздражения кишечника..

Лечение: Лантус, Эпайдра, индопресс, эналаприл, тиогамма турбо, актовегин, келтикан, конкор, диклофенак.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм 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: эпайдра п/з- 5ед., п/о- 10-12ед., п/у-8 ед., Лантус 8.00 -38ед.

глюкофаж 500мг утром, 1000мг вечером.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.

аспекард 100 мг 1р/д., эналаприл 10 мг \*1р/д., конкор 2,5мг утром, индопрес 1т./у. Контр. АД.

1. Тиогамма 600 мг/сут. 1 мес., келтикан 1т.\*2р/д. 1 мес.
2. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.