|  |
| --- |
| 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 № 380

##### Ф.И.О: Кавун Нина Леонидовна

Год рождения: 1959

Место жительства: Токмакский р-н, с. Запорожье, ул. Советская, 4-7

Место работы: инв. Ш гр.

Находился на лечении с 13.03.13 по 22 .03.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма, стационарное течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30,8кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, отеки н/к повышение АД макс. до 205/100 мм рт. ст., головные боли, пекущие боли в стопах, чувство дискомфорта прекардиальной области

Краткий анамнез: : СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2003г. - инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 14ед., п/у- 10ед., Хумодар Б100Р п/з- 30ед., п/у- 22ед., диаформин 850 мг \*2р/д. Гликемия – 6,8-14,6ммоль/л. НвАIс – 9,7% (09.11.12). Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 6лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг, амлодипин 10 мг вечером. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.03.13Общ. ан. крови Нв – 152г/л эритр –4,6 лейк – 4,9 СОЭ – 28мм/час

э-2 % п-1 % с-55 % л- 50 % м-12 %

14.03.13Биохимия: хол –6,18 тригл -2,2 ХСЛПВП -1,19 ХСЛПНП -3,9 Катер -4,19 мочевина –4,2 креатинин –72,0 бил общ –10,6 бил пр –3,8 тим –0,43 АСТ –0,24 АЛТ –0,52 ммоль/л;

15.03.13 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/л, АТ ТПО – 55,1 (0-30) МЕ/мл

15.03.13 креатинин крови-72 мкмоль/л; СКФ-119 мл/мин;

### 14.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед в п/зр, грибки+

13.03.13 ацетон отр.

18.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -13000 эритр -500 белок – отр

22.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -500 белок – отр

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

##### 15.03.13Микроальбуминурия – 173,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  Профиль | 7.00 | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 |
| 13.03 |  |  |  |  | 7,9 | 11,7 |  | 9,7 |
| 14.03 | 10,9 |  |  | 4,1 |  | 7,8 |  | 4,6 |
| 15.03 | 5,7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16.03 |  | 10,7 | 9,5 |  | 10,1 |  | 8,6 |  |
| 20.03 |  | 10,0 | 7,8 |  | 12,9 |  | 12,8 |  |
| 21.03 |  |  |  |  | 9,3 |  | 9,6 |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма, стационарное течение.

Окулист: осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.03.13ЭКГ: ЧСС - 85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.03.13РВГ:. Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

14.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,8см3; лев. д. V = 4,3см3

Щит. железа обычно расположена, не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая несколько неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диаформин, нолипрел, амлодипин, норфлоксацин, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, тиогамма турбо, актовегин, нейрорубин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. учитывая явление ОРВИ пациентка выписывается для дальнейшего амбулаторного лечения у терапевта по м/ж.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-14-16 ед., п/у-10-12ед., Хумодар Б100Р п/з- 30-32ед., п/у-22 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т утр, кардиомагнил 75 мг вечером. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 1 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
7. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 625 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко. Наблюдение уролога по м/ж.
8. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.,
9. Продолжить лечение у терапевта по м/ж по поводу ОРВИ.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.