|  |
| --- |
| 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 № 390

##### Ф.И.О: Кучеренко Ирина Павловна

Год рождения: 1965

Место жительства: Вольнянский р-н., с Антоновка, ул. Ленина 63

Место работы: ООО «Прогресс –Агро» зав. складом

Находился на лечении с 15.03.13 по 26.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IIIст . Дистальная диабетическая полинейропатия н/к Iст, Диабетическая энцефалопатия I. Астено-невротический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 0 ст. Дрожжевой вульвовагенит. Узловой зоб Icт. Узел перешейка. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 30,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на прибавка чеса на 2кг за год, судороги ног, повышение АД до 130/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2010г в связи с декомпенсацией переведена на ИТ. В наст. время принимает: Левемир п/з- 26ед., п/у-14 ед., Глюкофаж 500XR 1 т. утром. Гликемия – 8,0-7,0-14,0ммоль/л. НвАIс -10,3 %(07.03.13), повышение НвАIс связывает со стрессовой ситуацией. Последнее стац. лечение в 2012г. Узловой зоб Iст (с 2009г.), АТ к ТПО 61,4, АТ ТГ –менее 20,0. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.03.13Общ. ан. крови Нв – 136 г/л эритр –4,1 лейк –5,2 СОЭ – 21 мм/час

э-1 % п-2 % с-77 % л-17 % м- 3%

18.03.13Биохимия: СКФ – 117,5мл./мин., хол –4,75 тригл -1,79 ХСЛПВП -1,58 ХСЛПНП -2,36 Катер -2,01 мочевина –5,9 креатинин –87,6 бил общ –13,8 бил пр –3,9 тим –3,0 АСТ – 0,28 АЛТ –0,19 ммоль/л;

22.03.13 ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 19.03.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –умер кол-во ; эпит. перех. –ед. в п/зр

20.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - белок – отр

18.03.13Суточная глюкозурия –2,69 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.03.13Микроальбуминурия – 178,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  Профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.03 | 9,2 | 13,3 | 15,2 | 15,4 |  |
| 20.03 |  | 14,8 | 13,4 |  |  |
| 22.03 | 10,2 | 11,8 | 14,8 | 14,7 |  |
| 24.03 | 7,1 | 7,9 | 6,7 | 5,9 |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к Iст, Диабетическая энцефалопатия I. Астено-невротический с-м.

Окулист: VIS OD=0,2 OS=0,3 ; ВГД OD= 21 OS=20

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

14.03.13ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0 ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

Гинеколог: Дрожжевой вульвовагенит.

18.03.13РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

20.03.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии слева 31-33%, справа 34-35%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; фиброзирования поджелудочной железы.

25.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V =6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В перешейке изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,83\*0,6 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узел перешейка.

Лечение: Глюкофаж XR 500 , нейровитан, глицин, эспа-липон, Левемир, актовегин.

Состояние больного при выписке: 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: Левемир п/з- 36ед., п/у-22 ед.

Глюкофаж XR500 - 1т. \*1р/сут.

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. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Дообследование: ЭХО КС.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 3 мес., нейровитан 1т./сут. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: глицин 22 3-4р/д, гамалате В6 2т\*3р/д до 2-4 недель.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. 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.
9. Б/л с. АБЖ № 503809 с 15.03.13 по 26.03.13. К труду 27.03.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.