|  |
| --- |
| 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 № 1654

##### Ф.И.О: Напха Елена Анатольевна

Год рождения: 1964

Место жительства: Токмакский р-н., г. Токмак .,ул.Советская 157

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.12.13 по 27.12.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к . Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, начальные проявления ,болевая форма . Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС с 2-х сторонней венозно- ликворная дисфункция. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду,снижение веса на 9 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки н/к , учащенное мочеиспускание, боли в поясничной области шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011 г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . В наст. время принимает: Диаглизид МR п/з-30 мг Диаформин 1000мг веч.

Гликемия – 10,8 – 11,3 ммоль/л. НвАIс - 10,2 % от 28.11.13. Раннее не лечилась. Боли в н/к в с начала заболевания . Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает липразид 1 утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.12.13Общ. ан. крови Нв – 151 г/л эритр – 4,6 лейк – 5,3 СОЭ – 9 мм/час

э- 2% п- 2 % с- 50 % л- 39 % м-7 %

17.12.13Биохимия: СКФ – 113 мл./мин., хол –8,2 тригл – 5,23 ХСЛПВП – 1,45 ХСЛПНП -4,37 Катер -4,6 мочевина – 5,8 креатинин – 71 бил общ – 11,1 бил пр – 2,7тим – 3,1АСТ – 1,0 АЛТ – 1,4 ммоль/л;

23.12.13 бил общ – 9,0 бил пр – 2,1тим – 2,5 АСТ – 0,76 АЛТ – 1,1 ммоль/л;

18.12.13Анализ крови на RW- отр

26.12.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

### 17.12.13Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр;

23.12.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

18.12. 13Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.12.13Микроальбуминурия – 21,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.12 | 7,6 | 9,2 | 9,7 | 8,3 |
| 21.12 | 5,9 | 13,3 | 8,7 | 5,7 |
| 24.12 |  | 9,3 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, начальные проявления ,болевая форма . Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС с 2-х сторонней венозно- ликворная дисфункция.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.12.13ЭКГ: ЧСС – 67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная .Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

20.12.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.12.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; нельзя исключить наличие микролитов в почках.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий Закл эхографические признаки макроангиопатии по гипертоническому ,атеросклеротическому типу. Умеренное снижение кровотока в сегменте V2-V4 позвоночных артерий с двух сторон. Венозная дисгемия в системе ПВС .Снижение оттока по левой ВЯВ. Признаки неравномерной ВЧГ больше в лобных отделах.

17.12.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,3 см3; лев. д. V =7,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: диаглизид МR, сиофор , тиоктацид, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

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 веч.) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Липразид 1 т утром. Контр. АД. Конс. кардиолога по м/ж.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: луцетам 15,0 в/в стр № 10, L лизин эсцинат 10.0 на100.0 физ. р-ра +2,0 аскорб.кис-та в/в кап. № 7 , вазокет (флебодиа ) 600 мг /сут. утр. 1-2 мес.
7. С результатами печеночных проб в динамике, УЗИ ОБП, маркерами вир. гепатитов конс. г/энтеролога по м/ж

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В