|  |
| --- |
| 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 № 422

##### Ф.И.О: Куйда Иван Павлович

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Бердянск, ул. Грибоедова 4

Место работы: инв IIгр.

Находился на лечении с 21.03.13 по 02.04.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма II ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ХПН 2. Расходящееся косоглазие. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Малый мозговой ишемический инсульт в левой гемисфере (2009) с обратимым гемипарезом справа. Стойкий цефалгический с-м. ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии. Хронический гастродуоденит с болевым и диспепсическим с-м на фоне сахарного диабета. Железодефицитная анемия.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния, чувство дискомфорта в области сердца, одышка при минимальной физической нагрузки, чувство тяжести в эпигастрии, сухость во рту, жажду,полиурию, потеря массы тела на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, повышение АД макс. до 210/90 мм рт.ст., онемение ног, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния ( связывает с приемом инсулина). Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1998 г инсулинотерапия.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-12 ед., 11.00 8-10 ед., п/о- 8ед., п/у- 6 ед., Протафан НМ 22.00 – 6ед.(назначено по м/ж в последнее 2 месяца). Гликемия – 2,0-22,0ммоль/л. НвАIс – 6,7 %(04.03.13). Последнее стац. лечение в 12.2012г ( г. Бердянск). Боли в н/к в течение 2лет. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает авальсакор, клофелин, трифас. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.03.13Общ. ан. крови Нв – 105г/л эритр –3,4 лейк – 3,7 СОЭ –17 мм/час

э- 0% п-1 % с-71 % л- 25 % м-3 %

22.03.13Биохимия: СКФ –48 мл./мин., хол –4,76 тригл -1,92 ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП -2,87 Катер -3,66 мочевина –14,2 креатинин –166 бил общ –10,2 бил пр – 2,4 тим –1,8 АСТ –0,36 АЛТ – 0,30 ммоль/л;

22.03.13К –5,0 ; Nа –139,1 ммоль/л

### 22.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1-3 в п/зр белок – 1,17г/л ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

27.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – 1,208

25.03.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 1,73 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.03 |  | 4,0 | 9,3 | 7,4 |  |
| 22.03 02.00-5,4 | 7,6 | 6,8 | 7,3 | 6,0 |  |
| 24.03 | 7,6 | 6,5 | 7,8 | 7,7 |  |
| 27.03 | 9,8 | 8,7 | 11,0 | 8,4 |  |
| 29.03 | 8,7 |  | 6,1 | 11,2 |  |
| 30.01 |  | 6,7 |  |  |  |
| 01.04 |  |  |  | 5,8 |  |

Невропатолог: . Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Малый мозговой ишемический инсульт в левой гемисфере (2009) с обратимым гемипарезом справа. Стойкий цефалгический с-м.

Окулист: осмотр в палате

Расходящееся косоглазие ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены микроаневризмы, микрогеморрагии, лазеркоагулянты. Фиброзные тяжи. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Расходящееся косоглазие ОИ.

25.03.13ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальна. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда боковой области дистрофического характера.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

Гастроэнтеролог:Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии. Хронический гастродуоденит с болевым и диспепсическим с-м на фоне сахарного диабета.

22.03.13РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени;, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника.

01.03.13 ФЭГДС: эритоматозная гастропатия единичные эрозии выходного отдела желудка, бульбопатия.

28.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4см3; лев. д. V = 6,9см3

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

Лечение: Трифас, вальсакор, кардиомагнил, физиотенс, нитроглицерин, амлодипин, фенигидин, диалипон,парацетамол, тардиферон, нормазе, Актрапид НМ, Протафан НМ, нуклео ЦМФ, тиотриазолин, сермион, нейрорубин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 150/90 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: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/о- 8-10ед., п/у- 7-9ед., Протафан НМ 22.00 22-26ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: вальсакор 160 утром, физиотенс 0,4 веч., амлодипин 10мг 1р/д, кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
7. Рек. невропатолога: сермион 10мг в/м затем 30 мг утр. 1 мес.кардиомагнил 75 мг веч., кортексин 10 мг в/м №10.
8. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Тардиферон1т/сутки, трифас 5мг /сутки, нормазе 30мг 1-2 р/д
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, омепразол 20мг 1т\*2р/д. за 10-15 минут до еды 2 недели, Де-Нол 2т\*2р/д за 30 минут до еды 2 недели, фосалюгель по 1т\*3р/д ч/з 30-40 минут после еды 2 недели, хофестол 1т\*3р/д после еды 1 месяц.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В