|  |
| --- |
| 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 № 431

##### Ф.И.О: Панькив Ирина Сергеевна

Год рождения: 1962

Место жительства: Веселовский р-н, с. Веселое, ул. Степная 10-3

Место работы: ООО «Аркон-Агро», продавец

Находился на лечении с 22.03.13 по 03 .04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, субкомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма, начальные проявления, IIст., клинически (NSS-3 балла, NDS-4 балла). Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. Хронический вторичный пиелонефрит с инфекцией мочевыделительных путей, обострение. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 3.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду,полиурию, повышение АД макс. до 170/110мм рт.ст., головные боли, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диабетон MR 2т\*утром, диаформин1000 2т\*2р/д. Гликемия 9-12 ммоль/л. Повышение АД в течение 10лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.03.13Общ. ан. крови Нв –161 г/л эритр –4,8 лейк –6,5 СОЭ – 23 мм/час

э-2 % п-1 % с-44 % л-48 % м-5 %

28.03.13Общ. ан. крови Нв – 161 г/л эритр –4,8 лейк –5,9 СОЭ –27 мм/час

э-1 % п-1 % с-64 % л-29 % м-5 %

25.03.13Биохимия: СКФ –124,0 мл./мин., хол –3,55 тригл -2,14 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -1,32 Катер -1,81 мочевина –6,1 креатинин –80,3 бил общ –11,8 бил пр –3,1 тим –0,99 АСТ –0,21 АЛТ –0,57 ммоль/л;

### 25.03.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум. кол-во, ур. на всё.

### 25.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – 0,028

25.03.13Суточная глюкозурия – 0,59 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.03.13Микроальбуминурия –79,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.03 | 9,5 | 8,6 | 8,5 | 7,3 |  |
| 28.03 | 10,1 | 8,8 | 7,6 | 8,5 |  |
| 30.03 | 9,6 | 6,3 | 7,2 | 6,6 |  |
| 01.04 |  | 14.00-5,8 | 17.00-6,8 |  |  |
| 02.04 | 8,2 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма, начальные проявления, IIст., клинически (NSS-3 балла, NDS-4 балла).

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 20 OS=21

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

22.03.13ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

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

5.03.13РВГ: Нарушение кровообращения справа II ст., слева – II-IIIст., тонус сосудов N.

02.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V =4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. В пр. доле в в/3 гидрофильный узел 0,75\*0,52 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли

Лечение: эналоприл, индопрес, диабетон MR, диаформин, бетасерк, трайкор, норфлоксацин, амарил, глюкофаж, диалипон, актовегин, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. 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. ССТ: амарил (диапирид, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/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 (трайкор) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг утром, индопрес 1т/утр. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Анализ крови на ТТГ, СВ Т4, АТ ТПО с последующей консультацией эндокринолога.
7. норфлоксацин, 1 т.\*2 р., 5 дней, затем канефрон Н по 2т\*3р/сут.1 месяц. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
8. Б/л серия. АБЖ № с 22.03.13 по 03.04.13. К труду 04.04.13г.

##### Леч. врач Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В