|  |
| --- |
| 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 № 278

##### Ф.И.О: Головецкая Ирина Николаевна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье, ул. Карпенко - Карого 17а/5

Место работы: ООО НПП «Прокуб» главный бухгалтер инв. III гр.

Находился на лечении с 21.02.13 по 06.03.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинозависимый, средней тяжести, субкомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к II-IIIст., Диабетическая нефропатия IIIст. Дисциркуляторная энцефалопатия смешаного ґенеза на фоне церебрального резидуального атеросклероза с венозной дисфункцией. Метаболическая кардиомиопатия СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ПХЭС. Хр. панкреатит, в ст. нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. ГЭРБ, хронический гастродуоденит в ст. обострения, ассоциирован с H-pylori. Цистаденома левого яичника. Гидросальпинкс слева.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, периодические гипогликемические состояния, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт. ст., частые головные боли, отеки н/к периодически.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил). с 2009г- инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 5ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., 22.00 Левемир п/з-31ед. п/у -32 ед.Гликемия – 7,6-9,1ммоль/л. НвАIс - 7,6%.(18.12.12) Последнее стац. лечение в 2012г. Со слов перенесла ОРВИ 2 недели назад, лечилась амбулаторно. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает лозап.Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.02.13Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр – 4,6лейк –7,8 СОЭ – 32 мм/час

э- 3% п-3 % с-64 % л-23 % м-7 %

28.02.13Общ. ан. крови Нв –127 г/л эритр –4,0 лейк –4,3 СОЭ – 27 мм/час

э-1 % п-1 % с-59 % л-35 % м- 4%

22.02.13Биохимия: СКФ –106,9 мл./мин., хол –6,13 мочевина –5,4 креатинин – 78,8 бил общ –12,9 бил пр –4,3 тим –2,4 АСТ –0,1 АЛТ –0,1 ммоль/л;

22.02.13Глик. гемоглобин -8,5 %

22.02.13Анализ крови на RW- отр

### 26.02Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,043 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. -

25.02.13Суточная глюкозурия – 2,59 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.02.13Микроальбуминурия –191,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.02 | 6,8 | 7,9 | 8,1 | 10,4 |  |
| 24.02 | 8,8 | 9,6 | 10,6 | 10,0 |  |
| 27.02 | 8,3 | 7,0 | 9,0 | 11,0 |  |
| 01.03 | 8,8 | 9,9 | 11,2 | 8,0 |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия смешаного ґенеза на фоне церебрального резидуального атеросклероза с венозной дисфункцией. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма.

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

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН Единичные микроаневризмы, Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

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

Гастроэнтеролог: ПХЭС. Хр. панкреатит, в ст. нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. ГЭРБ, хонический гастродуоденит в ст. обострения, ассоциирован с H-pylori.

Гинеколог: Цистаденома левого яичника. Гидросальпинкс слева.

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

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 27-30 %, задней большеберцовой артерии слева 30-32%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ ОБП ВМС: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печенипо типу жировой дистрофии; желчный пузырь удален, фиброзирование поджелудочной железы.

УЗИ ОМТ состояние после гистерэктомии с сохранением придатков. В течении года справа и слева от культи шейки матки и мочевого пузыря определялись кистозные образования диаметром до 8,0 см, конфигурация которых изменялась с течением времени. Картина до конца не ясна. Происхождение овальных жидкостных образования справа и слева от мочевого пузыря интерпретировать не представляется возможным. Рекомендована лапароскопия.

25.02.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0см3; лев. д. V = 5,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии нет .

Лечение: лозап, тиогама турбо, актовегин, нуклео ЦМФ, нейрорубин, ноотропил, левемир, эпайдра.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: эпайдра п/з- 5-6ед., п/о- 10-12ед., п/у- 10-12ед.,

Левемир п/з- 31-32 ед., п/у -32-33ед.

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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*1 раз в день, предуктал МR 1т. \*2р/д. Контроль АД, ЭКГ.
5. тиогама 600 мг/сут. 1 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.,
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, эзолоног40мг 1 раз в день утром за 10-15 минут до еды, Де-нол по 2т 2раза в день за 20 мин до еды в теч 2 нед., метронидазол 0,5 по 1т 2 раза в день\*7 дней, пангрол 20 тыс. по 1т. \*3р/д. во время еды 2 недели . повторный осмотр после лечения.
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 №503780 с 21.02.13 по 06.03.13. К труду 07.03.13г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Начмед Костина Т.К.