|  |
| --- |
| 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 № 394

##### Ф.И.О: Шишкина Людмила Ивановна

Год рождения: 1951

Место жительства: Запорожский р-н, с. М. Екатериновка, ул. Пушкина 25а

Место работы: М. Екатериновский УВК «Мрия» учитель, инв.III гр.

Находился на лечении с 15.03.13 по 26 .03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Незрелая катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичный гемофтальм ОД. Диабетическая нефропатия IIIст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, преимущественно в ВБС. Стойкий цефалгический с-м, вестибулопатический с-м. Диффузный зоб I, эутириоидное состояние. ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение III ст. (ИМТ 44кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, повышение АД макс. до 200/100 мм рт., периодические головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2004 переведена на инсулинотерапию. Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. На фоне приема метформинов больная отмечает вздутие живота, дискомфорт. В наст. время принимает: Хумодар К25 100Р п/з- 32ед., п/у- 24ед. Гликемия – 8,4 -16,6ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2007г. Повышение АД более 20 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл нерегулярно. В феврале 2013 гемофтальм ОД. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.03.13Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр –4,3 лейк –5,6 СОЭ –5 мм/час

э-1 % п-1 % с-18 % л- 17 % м-3 %

18.03.13Биохимия: СКФ -135,75 мл./мин хол –4,55 тригл -1,76 ХСЛПВП -1,30 ХСЛПНП -2,45 Катер -2,5 мочевина –5,8 креатинин –71,5 бил общ –10,8 бил пр –3,5 тим – 1,6 АСТ – 0,24 АЛТ –0,35 ммоль/л;

22.03.13 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 47,8 (0-30) МЕ/мл

### 19.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умер кол-во ;слизь +

### 21.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

18.03.13Суточная глюкозурия – 4,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.03.13Микроальбуминурия – 91,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.3 | 8,2 | 10,9 | 7,4 | 12,5 |  |
| 20.3 | 6,2 | 7,6 | 11,4 | 10,7 |  |
| 21.3 |  |  | 8,9 |  |  |
| 23.3 | 7,4 | 6,9 | 6,9 | 5,9 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, преимущественно в ВБС.

Окулист: VIS OD=0,08 OS=0,2 ; ВГД OD=25 OS=24

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Аномалии венозных сосудов (извитость, значительные колебания калибра). Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичный гемофтальм ОД.

15.03.13ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

19.03.13РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

21.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени без признаков потальной гипертензии, желчный пузырь удален, микролитов в почках;

15.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7см3; лев. д. V = 8,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, небольшое кол-во мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, ипамид, амлодипин, тауфон, танакан, глюкофаж, торсид, табантин, карведилол, берлитион, актовегин, мильгамма, Хумодар К 25 100Р, нуклео ЦМФ .

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-34 ед., п/у- 26ед.,

глюкофаж XR 500 - 1т. \*1р/сут.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.

Рек. кардиолога: карведилол 12,5-25мг утр., кардиомагнил 75 мг вечером, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., ипамид 2,5 утром, при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

1. Эналаприл 20 мг 2р/д, Контр. АД.
2. Берлитион 600 мг/сут. 3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
3. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней., габагама 300 мг 1р/д
4. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
5. Рек. окулиста: эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, тагнокан 1т \*3р/д, магнитотерапая на ОД, эл. форес с лидазой на ОД до 10.
6. Б/л с. АБЖ № 503810 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.