|  |
| --- |
| 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 № 405

##### Ф.И.О: Киркикян Георгий Степанович

Год рождения: 1980

Место жительства: Г. Энергодар, ул. Лесная 5-22

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.03.13 по 29.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IVст., ХПН 0. Начальные проявления хронической диабетической сенсорной полинейропатии н/к IIст. Посттравматический рубец роговицы OS. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дислипидемия II А. Аутоиммунный тиреодит, гипертрофическая форма. Полинодозный зоб Iст., узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. ДГПЖ I-IIст. Гематурия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потеря веса на 15 кг за год, онемение ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г после перенесенного ОРВИ. Лечение не получал. Течение заболевания стабильное. По месту жительства временно ( за 3 дня до госпитализации в Эндокриндиспансер) назначен Хумодар Р100Р п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед. Гликемия –14-15 ммоль/л. У больного ДГПЖ, поставлен катетер Foly. Консультирован урологом ЗОКБ, планируется оперативно вмешательство. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.03.13Общ. ан. крови Нв – 170 г/л эритр – 5,1 лейк –6,0 СОЭ – 27 мм/час

э-1 % п- 1% с-71 % л- 24 % м-3 %

20.03.13Биохимия: СКФ –72,9 мл./мин., хол –5,30 тригл -1,53 ХСЛПВП -1,35 ХСЛПНП -3,26 Катер -2,93 мочевина –3,7 креатинин –86,4 бил общ –12,2 бил пр –3,1 тим –2,4 АСТ –0,10 АЛТ –0,16 ммоль/л;

27.03.13 С-пептид – 1,65 (1,1-4,4) нг/мл

### 20.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –3-4 эритр на 1/3 в п/зр белок – 0,069г/л ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

21.03.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,410 г/сут

##### 19.03.13 ацетон - отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.03 | 9,3 | 7,1 | 5,4 | 6,2 |  |
| 22.03 | 8,3 | 7,5 |  |  |  |
| 25.03 | 10,4 | 8,2 | 8,8 | 7,5 |  |
| 27.03 | 8,3 |  |  |  |  |
|  |  | 10,7 | 5,9 |  |  |

Невропатолог: Начальные проявления хронической диабетической сенсорной полинейропатии н/к IIст.

Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,3 ; ВГД OD= 20 OS=21

Рубец роговицы OS(травма в детстве).Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Посттравматический рубец роговицы OS.

13.03.13ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Дислипидемия II А.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Уролог: ДГПЖ I-IIст. Гематурия.

20.03.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

20.03.13Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

17.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,0см3; лев. д. V =8,8 см3

Щит. железа обычно расположена, контуры ровные. Размеры увеличены. Капсула уплотнена. Эхогенность средняя. Эхоструктура практически однородная. В лев. доле в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,93\*1,81 см и участками кистозной дегенерации. В пр. доле конгломерат изоэхогенных узлов общим размером 2,92\*2,49 с с кистозной дегенерацией и гиперэхогенными включениями. Закл.: Эхопризнаки увеличения объема щитовидной железы. Узлы обеих долей.

Лечение: фуромаг Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эспа-липон, витаксон, солкосерил, аминокапроновая кислота.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 110/70 мм рт. ст. у больного 28.03.13 гематурия, осмотрен урологом ЗОКБ. Рекомендован перевод пациента в отделение урологии.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 12ед., п/о-8-10 ед., п/у- 8-10ед., Инсуман Базал 22.00 -8-10ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При стабилизации состояния повторная консультация эндокринолога для решения вопроса о дальнейшей ССТ.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Эспа-липон 600 мг/сут.3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
4. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. ТАПБ с последующей консультацией эндокринлога.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
7. Рек. уролога: гемостатическая терапия, перевод пациента в отделение урологии.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.