|  |
| --- |
| 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 № 362

##### Ф.И.О: Мискевич Алиса Леонидовна

Год рождения: 1982

Место жительства: Бердянск, ул. Чехова 59

Место работы: Бердянская юридическая консультация, юрист, инв. III гр.

Находился на лечении с 11.03.13 по 22.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическом состояниям, декомпенсация. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреодит, гипертрофическая форма, субклинический гипотиреоз.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния в различное время суток, ацетонурию, сухость во рту, жажду, полиурию, потеря веса на 2 кг, боли в н/к, судороги, онемение ног, боли в поясничной области, зябкость стоп, боли в левом подреберье, горечь во рту.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, ацетонурия. Кетоацидотическое состояние в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимала Актрапид НМ, Протафан НМ . В связи со стойкой декомпенсацией, гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир в 2008г.

В наст. время принимает: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о 10-12ед., п/у- 10-12ед., Левемир 22.00 22-24 ед.

Гликемия – 2,8-11ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5лет. В2008г. выявлен АИТ АТ-ТПО 111,7 МЕ/мл (0-30) АТ-ТГ 261МЕ/мл (0-100). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.03.13Общ. ан. крови Нв –135 г/л эритр – 4,1 лейк –3,3 СОЭ –7 мм/час

э-0 % п-3 % с- 52% л-40 % м-5 %

12.03.13Биохимия: СКФ –123,2 мл./мин., хол –3,97 тригл -1,05 ХСЛПВП -1,55 ХСЛПНП -1,95 Катер -1,57 мочевина –4,4 креатинин –81,6 бил общ –14,4 бил пр – 3,9 тим –1,3 АСТ – 0,13 АЛТ –0,10 ммоль/л;

12.03.13Глик. гемоглобин – 10,0%

12.03.13Анализ крови на RW- отр

15.03.13; ТТГ –4,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 12.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –5-6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ;бактерии ед.

14.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

18.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

13.03.13Суточная глюкозурия – 0,57 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.03.13Микроальбуминурия – 59,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  Профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.03 | 6,3 |  |  |  |  |
| 14.03 | 6,0 | 6,7 | 12,5 | 3,4 | 2,6 |
| 17.03 | 5,4 | 4,4 | 4,7 | 6,4 | 6,7 |
| 20.03 | 7,6 | 4,2 | 3,8 | 12,6 | 9,8 |
| 21.03 | 4,0 | 6,9 | 7,0 | 8,3 |  |

Невропатолог: начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к, сенсорная форма IIст.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD=19 OS=19

Гл. дно: Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.03.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

13.03.13РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

18.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре; фиброзирования поджелудочной железы; нельзя исключить наличие микролитов в почках.

20.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0см3; лев. д. V = 7,0см3

По сравнению с УЗИ от 03.12г. размеры железы несколько меньше. Контуры ровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма турбо, мильгамма, вазонит.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, исчезли гипогликемические состояния ,уменьшились боли в н/к.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 8-10ед., п/о- 8-10ед., п/у- 6-8ед., Левемир 22.00 22-24ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м №10 , келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. Конс. гастроэнтеролога.
11. УЗИ щит. железы, 1р. в год. Контроль ТТГ через 1 месяц.
12. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
13. Б/л с. АБЖ № 503804 с 11.03.13 по 22 .03.13. К труду 23.03.13г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.