|  |
| --- |
| 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 № 381

##### Ф.И.О: Тронова Екатерина Викторовна

Год рождения: 1983

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чаривная 157а, кв.25

Место работы: АО «Мотор сич», инженер

Находился на лечении с 14.03.13 по 29.03.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ацетонурии, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная миопия ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма II ст. Диабетическая, венозная энцефалопатия I. синдром вегетативной дисфункции, параксизмальное течение на фоне ДДПП ШОП. Диабетической ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. НЦД по гипотоническому типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потеря веса на 2-3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, пекущие боли в стопах, боли в поясничной области, гипогликемические состояния до 3 раз в неделю в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, ацетонурия. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала Атрапид НМ, Протафан НМ. С 2007 - Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о- 8ед., п/у- 12ед., Левемир 22.00 – 12 ед. Гликемия – 2,0-14,0ммоль/л. НвАIс – 7,5 %(05.11.12). Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 14лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.03.13Общ. ан. крови Нв – 141 г/л эритр –4,3 лейк –5,3 СОЭ – 5мм/час

э-1 % п- 2% с-65 % л- 30 % м-2 %

15.03.13Биохимия: СКФ – 95мл./мин., хол – 4,53тригл -1,52 ХСЛПВП -1,31 ХСЛПНП -2,53 Катер – 2,5мочевина –2,5 креатинин –82 бил общ –15,4 бил пр –3,2 тим –2,9 АСТ –0,20 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

22.03.13 Глик. гемоглобин -8,43%

### 1503.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 3-4 в п/зр

20.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

18.03.13Суточная глюкозурия – 0,35 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.03 | 12,2 | 7,6 | 4,1 | 9,1 |  |
| 18.03 | 11,6 | 9,6 | 7,4 | 3,7 | 4,9 |
| 20.03 | 13,3 |  |  |  |  |
| 21.03 6.00-9,0 | 8,9 |  |  |  |  |
| 25.03 | 12,8 | 6,4 | 9,1 | 4,0 |  |
| 26.03 2.00-9,7 | 9,6 |  |  |  |  |
| 28.03 2.00-10,0 | 6,1 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма II ст. Диабетическая, венозная энцефалопатия I. синдром вегетативной дисфункции, параксизмальное течение на фоне ДДПП ШОП.

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

Гл. дно: Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная миопия ОИ.

14.03.13ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: НЦД по гипотоническому типу.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

15.03.13РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

18.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; фиброзирования поджелудочной железы.

20.03.13. Дупл. скинирование бриоцефальных артерий: Эхографические признаки экстравазальных влияний в канале поперечных отростков шейных позвонков на геодинамику позвоночных артерий справа, больше правой ПА, вертебральная асимметрия в V3-V4 28% вероятно как следствие ДДПП. Венозная дисгемия сплетений справа. Снижение оттока по левой ВЯВ, признаки неравномерной ВЧГ в лобных отделах.

25.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,9см3; лев. д. V =4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологи щит. железы нет.

Лечение: Левемир НМ, Новорапид НМ, Тиоктацид, эссенциале, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 115/70мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: новорапид п/з- 10-12ед., п/о-8-9 ед., п/у- 11-13ед., Левемир 23.00 14-16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 1 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: вазокет 500мг 1т/сутки, тамалате В6 2 3р/д.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. 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.
11. Б/л серия. АБЖ № 503820 с 14.03.13 по 29.03.13. К труду 30.03.13г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова. В.В.