|  |
| --- |
| 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 № 1565 99

##### Ф.И.О: Богутская Лариса Викторовна

Год рождения: 1958

Место жительства: г. Днепрорудный, ул.Ленина д.9 кв.80

Место работы: н/р

Находился на лечении с 29.11.13 по 11 .12 .13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Дисметаболическая энцефалопатия I, цефалгический с-м. Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к . Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду,увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения,боли в н/к, судороги, онемение ног, частые головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в ночное время 2-3 раза в месяц, отеки н/к, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009 г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2010г.- инсулинотерапия- переведена в условиях ОКЭД на Генсулин R, Генсулин Н, но в июне 2013 в связи с перебоями в снабжении по м/ж переведена на Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-8 ед., Хумодар Б100Р п/з- 18 ед., п/у- 8ед., АИТ с гипотиреозом в течении 12 лет, принимает L-тироксин 50 мкг /сут. ТТГ -2,42 от 20.11.13. Гликемия –9,9-11,1 ммоль/л. НвАIс – 11,3 % от 19.11.13. Последнее стац. лечение в 2010 г. Боли в н/к с начала заболевания . Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.12 .13Общ. ан. крови Нв – 120 г/л эритр –3,8 лейк –6,0 СОЭ –11 мм/час

э-2 % п-0 % с-55 % л- 35 % м-8 %

02.12.13Биохимия: СКФ –85 мл./мин., хол – 4,45 тригл -1,74 ХСЛПВП – 1,42 ХСЛПНП -2,24 Катер – 2,13 мочевина – 3,8 креатинин –66 бил общ – 14,8 бил пр – 3,7 тим – 6,1 АСТ – 0,12 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

04.12.13Анализ крови на RW- отр

### 02.12.13Общ. ан. мочи уд вес –м\м лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умер. кол-во

04.12.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр - 0 белок – отр

02.12.13Суточная глюкозурия –2,84 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.12.13Микроальбуминурия – 15,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.11 | 13,6 | 15,1 | 4,7 | 12,8 |
| 03.12 | 7,8 | 9,5 | 15,9 | 14,8 |
| 04.12 |  |  |  | 14,2 |
| 06.12 |  | 12,6 | 5,4 | 8,9 |
| 07.12 | 10,6 |  |  |  |
| 08.12 | 11,6 | 13,3 | 10,3 | 4,4 |
| 09.12 | 15,0 | 16,4 | 7,4 | 8,8 |
| 10.12 2-00 9,4 | 12,2 | 9,8 |  |  |
| 11.12 | 6,0 |  |  |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I, цефалгический с-м. Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к.

Окулист: ОИ Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, умеренно склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены незначительно расширены. Задний полюс без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. 29.11 ЭКГ: ЧСС – 63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная . Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.11.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,8 см3; лев. д. V =12,3 см3

Перешеек –1,26 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена . Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелкими крупным фиброзом. В лев. доле в ср/3 кольцевая структура 0,62 мм . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы, диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Генсулин R, Генсулин Н, L-тироксин, диалипон, актовегин, витаксон.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен Генсулин R, Генсулин Н . СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая длительную декомпенсацию на 2-х кратной схеме инсулинотерапии (глик.гемоглобин-11,3%) , пациентка временно переведена на дробную схему инсулинотерапии, при наборе массы тела повторная госпитализация через 6 мес. для изменения схемы инсулинотерапии.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта,невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-14-16 ед., п/о- 12-14ед., п/у- 6-8ед., 22.00 Генсулин Н-14-16ед.
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. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3 р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 50 мкг/сут . Контроль ТТГ в динамике.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед Костина Т.К.