|  |
| --- |
| 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 № 416

##### Ф.И.О: Таранова Анастасия Анатольевна

Год рождения: 1990

Место жительства: Г. Вольнянск, ул. Шевченко 89

Место работы: Инв. IIIгр.

Находился на лечении с 23.03.15 по 03.04.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст , сенсо-моторная форма , субклиническое течение . Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП Iст . Диабетическая нефропатия III ст.Солевой диатез. НЦД по гипертоническому типу.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния до 1 р в неделю в различное время , онемения в ногах, повышение АД до 140/80 мм рт. ст., головные боли на изменение погоды.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2001 переведен на Лантус, Новорапид, затем Эпайдра . В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о-10ед., п/у- 10ед., Лантус 8.00 30 ед. Гликемия –4,0-10,8 ммоль/л. НвАIс -6,4% (01.15). Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 7лет. Повышение АД в течение 5лет. Из гипотензивных принимает энап 10мг веч. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.03.15 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр –4,6 лейк –4,1 СОЭ – 3 мм/час

э- 0% п- 5% с-65% л-21 % м- 9 %

24.03.15 Биохимия: СКФ 89,7 мл/мин хол –4,5 тригл -0,61 ХСЛПВП -1,6 ХСЛПНП -2,6 Катер -1,8 мочевина –3,3 креатинин –74 бил общ –12,5 бил пр –3,4 тим –3,9 АСТ –0,86 АЛТ –0,24 ммоль/л;

### 24.03.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр, эпит. пл. -ед в п/зр

26.03. 15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

25.03.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.03 | 3,5 | 2,7 | 7,2 | 6,5 |
| 25.03 |  | 9,2 |  |  |
| 27.03 | 10,1 | 2,7 | 7,9 | 8,0 |
| 30.03 | 7,9 | 8,3 | 5,4 | 4,9 |

26.03.15 Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II ст , сенсо-моторная форма, субклиническое течение

23.03.15 Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ;

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

23.03.15 ЭКГ: ЧСС – 7 0 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

25.03.15 Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу.

24.03.15 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.03.15 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия , артериальная гипертензия ,солевой диатез .

24.03.15 РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.03.15 Допплерография: ЛПИ справа – 1,2, ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

28.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки, кальцинатов в сосочках пирамидок правой почки функционального раздражения кишечника.

27.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,7см3; лев. д. V = 5,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии щит. железы нет

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма турбо, актовегин, энап , милдронат

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога , невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 8-11ед., п/о-9-11ед., п/у- 8-11 ед., Лантус 08.00 30-32 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: фитосед 1 \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. .
8. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год . В лечении энап 10 мг/сут., канефрон по 2т \*3 р/д- 1 мес. , диета с ограничением соли .
9. Рек. окулиста: оптикс 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.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач мед Костина Т.К.