|  |
| --- |
| 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 № 467

##### Ф.И.О: Стоячко Евгения Эдуардовна

Год рождения: 1966

Место жительства: Запорожье, ул. Медведева

Место работы: Инв. IIIгр.

Находился на лечении с 28.03.13 по 08.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжести, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Субаортальный стеноз. СН 0. Риск 4. Отдаленные последствия принесенного компрессионного перелома ТXII (2007г). С-м посттравматической торакалгии, болевой с-м.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемически состояния в различные время суток, общую слабость, быструю утомляемость, прибавку веса на 7кг, ухудшение зрения ОИ, боли в н/к, судороги, онемение ног, пекущие боли в стопах.

Краткий анамнез: СД выявлен в1987 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Гипогликемическая кома в 2007, 2009; кетоацидотические состояния 1996, 1999. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007г в связи с гипогликемическими состояниями была переведена на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4-6ед., п/о-6-8 ед., п/у- 6-8ед., Лантус п/з 30 ед.

Гликемия – 2,0-10,0ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает копренесса 4 мг. В 2007г. во время гипогликемической комы произошел компрессионный перелом ТXII.Глик. гемоглобин -8,9 от 12.2012Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.03.13Общ. ан. крови Нв –133 г/л эритр – 4,1 лейк –6,4 СОЭ – 17 мм/час

э- 1% п- 2% с- 74% л-18 % м-5 %

29.03.13Биохимия: СКФ –89 мл./мин., хол – 3,94тригл – 1,21ХСЛПВП -1,16 ХСЛПНП -2,32 Катер 2,39- мочевина –8,0 креатинин –77 бил общ –11,6 бил пр – 3,3 тим – 3,8 АСТ – 0,21 АЛТ –0,14 ммоль/л;

### 29.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум. к-во; эпит. перех. -ед в п/зр

04.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

01.04.13Суточная глюкозурия –1,39 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.04.13Микроальбуминурия – 69,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.03 | 5,0 | 6,2 | 6,5 | 15,1 | 12,6 |
| 01.04 02.00 – 8,5 |  |  |  |  |  |
| 04.04 | 9,3 | 12,5 | 8,1 | 3,0 |  |
| 08.04 | 4,5 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма IIст. Отдаленные последствия принесенного компрессионного перелома ТXII (2007г). С-м посттравматической торакалгии, болевой с-м.

Окулист: VIS OD=0,8 OS=0,8 ; ВГД OD= 22 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

28.03.13ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Субаортальный стеноз. СН 0.

01.04.13ЭХО КС: КДР- 47см; КДО-104 мл; КСР-25 см; КСО-22 мл; УО-82 мл;.; ФВ- 78%; просвет корня аорты – 0,23см; ПЛП -4,8 см; МЖП –14 см; ЗСЛЖ –13 см; ППЖ-65 см;; По ЭХО КС: Гипертрофия МЖП, с образованием субаорталного стеноза 1 ст. минимальная митральная и трикуспидальная регугитация. Продольная деформация ЛЖ 10,05% (норма 13-21%), циркулярная деформация в базальных отделах ЛЖ 24,5%(15-24%), в области верхушки 13,1% (19-29%), ротация в базальных отделах 4,2 градуса, в области верхушки 3,5. Твист 7,7 градуса. Снижение продольной деформации ЛЖ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.03.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Лечение: Лантус, Эпайдра, актовегин, тиоктацид, нервиплекс.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, склонность к гипогликемически состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о-6-8 ед., п/у-6-8 ед., Лантус п/з 32-34 ед. Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.
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. Рек. кардиолога: небилет 1,25 – 2,5 мг 1р/сут. Контроль АД, ЧСС.
8. Тиоктацид 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: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., при болевом синдроме габагамма 300 мг 1т\*веч, при необходимости дозу увеличить до 2 т.
10. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д., квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В