|  |
| --- |
| 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 № 382

##### Ф.И.О: Ищенко Ольга Павловна

Год рождения: 1981

Место жительства: Вольнянский р-н., с. Богатыревка, ул. Гагарина 94

Место работы: инв. IIгр.

Находился на лечении с 14.03.13 по 23.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IIIст. Дистальная хроническая диабетическая полинейропатия н/к, IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I, преимущественно в ВБС справа венозная дисгемия на фоне ДДПП ШОП. Полинодозный зоб Iст., узлы обеих долей, эутиреоидное состояние. Аденоматоз. Хронический левосторонний СООФ. ФКМ. Метаболическая кардиомиопатия CH I. Хронический панкреатит стадия нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастрит стадия нестойкой ремиссии. Синдром раздраженного кишечника, со склонностью к запорам.

Жалобы при поступлении на жажда, потеря веса на 4 кг за 1 мес., боли в н/к, головные боли, повышение АД до 130/80 м рт.ст, общая слабость, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г (с 12 лет). Течение заболевания лабильное, гипогликемические состояния до 1-2-3 раз в неделю. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12ед., п/о- 10ед., п/у- 8ед., Ланус 7.0-32 ед. Гликемия – 5,1-11,0-17,0ммоль/л. НвАIс – 6,7 %(01.03.13). Последнее стац. лечение в 2012г (4 гор.б-ца Запорожья) . С 2011 полинодозный зоб, ТТГ (2012) -1,28. УЗИ щит железы 21.09.12 заключение: незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы правой доли. Мелкие узлы обеих долей. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.03.13Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр – 4,2 лейк –4,1 СОЭ – 3 мм/час

э-1 % п-1 % с- 68% л- 26 % м-4 %

15.03.13Биохимия: СКФ – 91мл./мин., хол –4,85 тригл – 1,36ХСЛПВП -1,36 ХСЛПНП -2,87 Катер -2,6 мочевина –4,6 креатинин –81 бил общ –14,6 бил пр –3,6 тим –4,1 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

15.03.13 Амилаза 23,9 мг/(ч\*мл)

15.03.13ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/л

15.03.13АТ ТГ - 15,5 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО – 37,0 (0-30) МЕ/мл

### 15.03.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –умер кол-во ; эпит. перех. -1-2 в п/зр

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

18.03.13Суточная глюкозурия – 1,65 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.03.13Микроальбуминурия – 112мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.03 | 8,4 | 6,5 | 4,6 | 7,3 |  |
| 18.03 | 5,6 | 13,4 | 4,2 | 5,9 |  |
| 20.03 |  | 8,7 | 5,5 |  |  |

Невропатолог: Дистальная хроническая диабетическая полинейропатия н/к, IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I, преимущественно в ВБС справа венозная дисгемия на фоне ДДПП ШОП.

Окулист: VIS OD=0,4 OS=0,3 ; ВГД OD= 19 OS=18

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.03.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия CH I.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог:Хронический панкреатит стадия нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастрит стадия нестойкой ремиссии. Синдром раздраженного кишечника, со склонностью к запорам.

Гинеколог: Аденоматоз. Хронический левосторонний СООФ. ФКМ

Травмотолог: дообследование

20.03.13 дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: Кровоток по сонным артериям достаточный. Признаки экстравазальных влияний на гемодинамику позвоночных артерий, больше правой ПА ,( имеющей меньший диаметр) с усилением при позиционных пробах – поворотах головы в стороны. Значимая вертебральная асимметрия в V3-V4 33%, снижение кровотока справа. Венозная дисгемия в системе позвоночных сплетений. Признаки умеренной ВЧГ в лобных отделах.

15.03.13РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

19.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; фиброзирования поджелудочной железы; кальцинтов в селезенке; функционального раздражения кишечника.

20.03.13 рентгенография копчика : без особенностей

Лечение: актовегин, нуклео ЦМФ, мильгамма, церебролезин, Лантус, Новорапид.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о- 8-10ед., п/у- 8-10ед., Лантус 7.00 32-34 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.

Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

1. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, мильгамма 2т в сутки 1 месяц, олфен свечи №5, массаж ШВЗ.
2. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
3. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
4. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания Де-Нол 1 т 3 раза в день за 30 минут до еды + 1 т на ночь, дефенорм по 1 т. 3/д 2 недели , пангрол 25 тыс. по 1т. \*3р/д. во время еды 2 недели.
5. Рек травматолога диклоберл свечи 2р/д №5, детролекс 1т. 2р/сутки №8, нейромидин о схеме №1 1мес., гель живокоста (долобене гель)3р/д 10 дней. Диспансерное наблюдение по м/ж.
6. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.