#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 521

##### Ф.И.О: Баранчикова Юлия Евгеневна

Год рождения: 1990

Место жительства: Ореховский р-н, с. Приображеновка, ул. Филатова 33

Место работы: Зап. облэнерго Ореховский РЭС, диспетчер , инв IIгр

Находился на лечении с 09.04.13 по 23 .04.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма I В ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия СН I. ДДПП на ШОП (остеохондроз) ВБН слева.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в предутренние часы 1-2 р в нед., боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/100мм рт.ст., головные боли, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома в 2008 кетоацидотическая. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала Хумулин R, Хумулин НПР, Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2006 переведена на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о-12 ед., п/у-10 ед., Лантус 22.00-37 ед. Гликемия –3,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 11,2 %(11.12г). Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 4лет. Повышение АД в течение 1 года. Из гипотензивных принимает каптопресс 1/2т, при повышение АД. В 12.2012г стац. лечение в х/о по поводу гидроденита. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.04.13Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр –3,8 лейк –5,4 СОЭ –13 мм/час

э-5 % п-0 % с-52 % л-37 % м- 6%

10.04.13Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол –4,8 тригл -1,46 ХСЛПВП -1,04 ХСЛПНП -3,0 Катер -3,6 мочевина –5,2 креатинин – 71 бил общ – 8,8 бил пр – 2,2 тим –0,77 АСТ –0,42 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

17.04.13Глик. гемоглобин – 10,4%

### 17.04.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед в п/зр

17.04.13Суточная глюкозурия – 1,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 17.04.13Микроальбуминурия –389,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 |
| 09.04 |  |  |  | 9,2 |  | 3,6 |  | 12,8 |
| 10.04 2.00-6,3 | 3,8 |  | 10,5 |  | 10,9 |  | 3,3 |  |
| 12.04 |  | 8,5 | 10,3 |  | 10,0 |  | 8,8 |  |
| 16.04 |  | 4,8 | 12,0 |  | 4,8 |  | 8,3 |  |
| 19.04 |  | 6,8 | 7,8 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма I В ст. ДДПП на ШОП (остеохондроз) ВБН слева.

Окулист: осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, экссудаты. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены неравномерно расширены. Д-з: Миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.04.13ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.04.13Р-графия ШОП в 2х проекциях: выпрямление шейного лордоза, умеренно выраженные признаки субхрондр. склероза.

10.04.13РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

17.04.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диабетической ангиопатии, высокое вхождение Лев. ПА – уровень С5 шейного отдела позвоночника. ЛСК в обеих ПА – в пределах нормативного диапазона. Незначительно нарушена прямолинейность хода обеих ПА в сегм. V2. ЛСК в артериях БЦА на экстракраниальном уровне в пределах возрастной нормы с допустимой сторонней асимметрией. Интракраниально: ЛСК в артериях мозга – в пределах возрастной нормы. Незначительно снижены ЛСК в обеих СМА. Сторонняя асимметрия- допустимая. ВББ: значимая сторонняя асимметрия по ПА – 37 % с умеренным снижением ЛСК в Лев. ПА в сегм.V4 ЛСК в Пр. ПА и ОА – в пределах возрастной нормы. Пробы с поворотом головы: при повороте головы направо – признаки экстравазального воздействия на Лев. ПА. Налево – б/о.

Лечение: Нейрорубин, Эпайдра, Лантус, тиогамма турбо, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/75 мм 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: Эпайдра п/з- 11-13ед., п/о-11-13 ед., п/у- 8-10ед., Лантус 8.00 – 37-39 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., тиотриазолин 200мг \*3р/д. Дообследование: ЭХО КС.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: тамалате В 6 по 2 т 3 р/д 1 мес, бенфогамма 300 мг 1 т/сут 3 нед. массаж ШВЗ № 10.
9. Рек. окулиста: окювайт комплит 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 № 503849 с 09.04.13 по 23.04.13. К труду 24.04.13г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.