#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 377

##### Ф.И.О: Баранникова Юлия Евгеньевна

Год рождения: 1990

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

Место работы: ОАО « Запорожоблэнерго», Ореховский РЭС, диспетчер автотранспорта, инв Ш гр.

Находился на лечении с 18.03.14 по 31.03.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая энцефалопатия I на фоне ДДПП ШОП. С-м ВБН слева. Участившиеся мигренозные пароксизмы. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП Iст Миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СНI. Левосторонний подмышечный гидраденит в ст серозной инфильтрации.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 2 кг за 2 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, боли по ходу позвоночника.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая в 2008. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала Хумулин Р, Хумулин NРН, Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2006 переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 8ед., п/о10- ед., п/у6- ед., Лантус 8.00 – 38 ед. Гликемия –11,0-3,0 ммоль/л. НвАIс – 10,0 % от 0502.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 3-4 лет. Повышение АД в течение 6мес. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.03.14 Общ. ан. крови Нв – 138 г/л эритр –4,1 лейк –4,2 СОЭ –6 мм/час

э-6 % п- 1% с-62 % л- 25 % м- 6%

19.03.14 Биохимия: СКФ –99 мл./мин., хол –5,1 тригл -1,56 ХСЛПВП -1,8 ХСЛПНП – 2,59 Катер -1,8 мочевина –4,8 креатинин – 79 бил общ –7,4 бил пр –1,9 тим –1,6 АСТ –0,36 АЛТ –0,25 ммоль/л;

### 19.03.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – в п/зр белок – 0,054 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. – ед; урет - ед в п/зр

24.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр -6000 белок – 0,035

20.03.14 Суточная глюкозурия – 3,9 %; Суточная протеинурия – 0,047

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.03 | 5,4 | 17,7 | 6,4 | 6,1 |
| 25.03 |  | 10,0 |  |  |
| 25.03 | 4,2 |  | 10,0 | 6,2 |
| 27.03 |  | 13,6 | 9,6 |  |
| 28.03 |  | 5,8 | 7,7 |  |

20.03Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I на фоне ДДПП ШОП. С-м ВБН слева. Участившиеся мигренозные пароксизмы. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

25.03Окулист: VIS OD= 0,2 OS=0,3

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

18.03ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

26.03. Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1.

27.03Хирург: Левосторонний подмышечный гидраденит в ст серозной инфильтрации. В хир лечении не нуждается.

24.03ЭХО КС: КДР- 3,6см; КСР-2,1 см; ФВ-73,0 %; просвет корня аорты -2,2 см; АК раскрытие - N; ПЛП – 2,8 см; МЖП –1 см; ЗСЛЖ –1 см; ППЖ- 2,3см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гемодинамически незначимой регургитации 1 ст на ТК, фальшхорды средней трети ЛЖ.

19.03Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

26.03Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

27.03.Гинеколог: пр. здорова.

26.03. Иммунолог: Вторичный иммунодефицит на фоне плохой компенсации СД. 1 типа. Рецидивирующий гидроденит носительство St. Aureus (клинически)

19.03РВГ: Нарушение кровообращения справа –I, слева норма, тонус сосудов N.

20.03УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре.

18.03 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V = 6, см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус тиогамма, кортексин ,актовегин, бактеробан.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, кардиолога, невропатолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 9-11ед., п/о- 10-12ед., п/у- 6-8ед., Лантус 8.00 38-40 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут 1 мес.
9. Рек. невропатолога: веносмин 1т 2р/сут 1 мес, массаж ШВЗ.
10. Рек. окулиста: слезевит 1т 1/д.
11. Рек. иммунолога: дермальная мазь бактеробан на левую подмышечную область 10 дней. Назальная мазь бактеробан 2р/д в нос 5 дней, бронхомунал 1 кап 1р/сут -30 дней Посев слизистой с полости носа и зева на St. Aureus. При необходимости стац лечение ЦКИА ЗОКБ.
12. Рек. нефролога: контроль ан. мочи в динамике.
13. 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.
14. Б/л серия. АГВ № 234343 с 18.03.14 по 31.03.14. К труду 01.04.14г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.