#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1361

##### Ф.И.О: Щербань Ирина Александровна

Год рождения: 1987

Место жительства: Запорожский р-н, Лежино, Привокзальная, 103

Место работы: инв Ш гр, декр. отпуск.

Находился на лечении с 22.10.13 по 01.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическом состояниям, декомпенсация. Астено-невростенический с-м. ДДПП, вторичная венозно-ликворная дисфункция, астено-ипахандрический с-м. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический холецистит в стадии обострения, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. гастродуоденит с болевым и диспепсическим синдромом в ст нест. ремиссии. H-pylory отр. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК Iст с митральной дисфункцией Iст СН 0-I

Жалобы при поступлении на онемение, «мерзнут» пальцы н/к, в/к, периодические гипогликемические состояния на одних и тех де дозах инсулина. боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 120/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г во время беременности. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у- 8ед., Протафан НМ 22.00 – 14 ед. НвАIс – 9,36 % от 15.09.13. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.10.13Общ. ан. крови Нв –118 г/л эритр –3,7 лейк –4,0 СОЭ – 5 мм/час

э- 0% п- 2% с- 58% л- 34% м- 6%

23.10.13Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,26 тригл -0,95 ХСЛПВП -1,75 ХСЛПНП – 2,08Катер -1,43 мочевина –3,07 креатинин –77 бил общ –9,0 бил пр – 2,2 тим – 2,3 АСТ –0,48 АЛТ –0,25 ммоль/л;

23.10.13Глик. гемоглобин – 9,4%

### 23.10.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр

10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – эритр - белок – отр

24.10.13Суточная глюкозурия – 2,36 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.13Микроальбуминурия 11,2– мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.10 | 9,2 | 6,6 | 12,2 | 8,2 |  |
| 24.10 |  |  | 12,0 |  |  |
| 25.10 |  |  | 6,3 |  |  |
| 26.10 |  |  | 7,1 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог: ДДПП, вторичная венозно-ликворная дисфункция, астено- апахандрический с-м.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD=19 OS=19

Оптические среды и глазное дно без особенностей.

ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. С-м укороченного PQ

Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия.ПМК Iст с митральной дисфункцией Iст СН 0-I

17.04.13ЭХО КС: КДР-3,7 см; КДО- 60мл; КСР- 1,7см; КСО-8 мл; УО- 51мл; ФВ85- %; просвет корня аорты – 2,1см; АК раскрытие - N; ПЛП -4,2 см; МЖП –1,1 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ- 4,5см; ПЛЖ-4,3 см; ТК- 0,86; МК – 0,85. По ЭХО КС: ПМК 1 ст. с регургитацией 1 ст. Патологических токов крови в области перегородок нет. Сократительная функция лж не нарушена. Кровоток в брюшном отделе аорты пульсовой. Продольная деформация левого желудочка 16,03%, циркулярная деформация в базальных тделах ЛЖ 14,7%, в области верхушки 14,8%. Ротация в базальных отделах 12,5грдуса, в области верхушки 3,17. Твист 15,67 градуса. Умеренно снижена циркулярная деформация ЛЖ.

10.04.13 Р-графия № 4170 без патологий

Гастроэнтеролог:Хронический холецистит в стадии обострения, дискинезия желчевыводящих путей. Хр. гастродуоденит с болевым и диспепсическим синдромом в ст нест. ремиссии. H-pylory отр.

17.04.13Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: Кровоток по сонным артериям достаточный, симметричность сохранена. Признаки экстравазальных влияний на гемодинамику позвоночных артерий с двух сторон, больше правой ПА с усилением при позиционных пробах-повороты головы в стороны. Значимая вертебральная асимметрия в V3-V4 34%, снижение кровотока справа. Венозная дисгемия в системе позвоночных сплетений, снижение оттока по ВЯВ. Признаки неравномерной ВЧГ больше в лобных отделах

12.04.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.04.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

18.04.13ФГДЭС: ДГП. Гастродуоденит.

12.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2 см3; лев. д. V = 6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, единичный расширений фолликулом 0,39 в правой доли. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актовегин, веседуэф, гептрал, ктрапид НМ, Протафан НМ, контривен

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у- 8ед., Протафан НМ 22.00 14 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. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.