#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 502

##### Ф.И.О: Набока Надежда Михайловна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье, ул. Владивостоковская 18

Место работы: инв IIIгр.

Находился на лечении с 04.04.13 по 16.04.13 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 II ст. Диабетическая дистальная хроническая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. С-м венозно-ликворной дисфункции на фоне сахарного диабета. ВПС, склероз легочной артерии. CH I. САГ IIст.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, гипогликемические состояния 1-2р/день. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-19 ед., п/о-13 ед., п/у- 8ед., Протафан НМ 22.00 15 ед. Гликемия –7,0-9,0 ммоль/л. НвАIс – 7,6 %(21.03.13). Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 15лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 \* 2р/день. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.04.13Общ. ан. крови Нв – 143 г/л эритр –4,5 лейк –5,1 СОЭ –4 мм/час

э-0 % п-5 % с- 69% л-19 % м-7 %

05.04.13Биохимия: СКФ –78 мл./мин., хол –5,61 тригл -1,29 ХСЛПВП -3,22 ХСЛПНП -1,81 Катер -1,74 мочевина –6,1 креатинин –97 бил общ –13,8 бил пр – 3,9 тим –1,2 АСТ – 0,33 АЛТ – 0,13 ммоль/л;

21.03.13 глик. гемоглобин 7,69%

### 05.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум. к-во ; эпит. перех. -ед в п/зр

08.04.13Суточная глюкозурия – 1,07 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.04.13Микроальбуминурия – 33,7мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.04 | 8,9 | 8,4 | 3,2 | 2,9 |  |
| 06.04 | 11,7 |  |  |  |  |
| 08.04 | 10,4 | 9,5 | 6,5 | 6,5 |  |
| 10.04 | 8,6 | 4,2 | 7,6 | 6,5 |  |
| 11.04 2.00 – 3,6 |  |  |  |  |  |
| 12.04 | 9,0 | 9,5 |  |  |  |
| 14.04 | 9,0 | 8,5 | 4,2 | 8,4 |  |
| 15.04 | 8,2 |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная хроническая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. С-м венозно-ликворной дисфункции на фоне сахарного диабета.

Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,7 ; ВГД OD=18 OS=19

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

04.04.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ВПС, склероз легочной артерии. CH I. САГ IIст.

ЭХО КС: КДР- 4,3см; КСР- 2,2см; КСО- 16мл; УО-68 мл; ФВ- 80%; просвет корня аорты -2,3 см; АК 1,5; ПЛП – 3,8 см; МЖП –1,1 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ-5,5 см; ТК- 0,85; МК – 1,19. По ЭХО КС: Умеренный стеноз легочной артерии, патологических токов крови в области перегородок нет. Сократительная функция ЛЖ не нарушена. Кровоток в брюшном отделе аорты пульсовой. Продольная деформация левого желудочка 17,7% (13-21%), циркулярная деформация в базальных отделах ЛЖ 17,3 (15-24%), в области верхушки 35,6 %(19-29). Ротация в базальных отделах 3,2 градуса, в области верхушки 12,2. Твист 15,5.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

05.04.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

05.04.13Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева –0,95 . Нарушение кровообращения по а. tibialis роst слева –Iст, справа –N.

12.04.13Дупл. сканирование брахицефальных и транс. артерий: Заключение: Эхопризнаки ЛСК в артериях БЦА на экстракарниальном уровне – в пределах нормы с допустимой сторонней асимметрией с повышенными индексами периферического сопротивления. Анатомический ход сосудов не нарушен. Интракраниально ЛСК в артериях основания мозга и в артериях ВББ – в пределах возрастной нормы с повышенными индексами периферического сопротивления. Сторонняя асимметрия – допустимая. Признаки умеренной внутричерепной гипертензии, венозной дисгемии в ВЯВ. Пробы с поворотом головы: без особенностей.

10.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5 см3; лев. д. V = 4,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии ЩЖ нет

Лечение: Эналаприл, Актрапид НМ, Протафан НМ, берлитион, актовегин, нейрорубин, ипамид.

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, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 19-21ед., п/о- 3-5 ед., п/у- 5-7 ед., 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. Рек. кардиолога: динамика ЭХО КС
5. Рек невропатолога: кортексин 10 мг в/м № 10, вазонит 600 1т/сут 1 месяц, диакарб 250 мг 1т/1р в 3 дня утром №6, в день приемы диакарба, аспаркана 1т \*3р/д.
6. Эналаприл 10 мг \*2р/д ипамид 2,5 утром.
7. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
8. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.,

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.