#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 369

##### Ф.И.О: Нежура Светлана Витальевна

Год рождения: 1968

Место жительства: Запорожский р-н, пос. Балабино, ул Степная 49

Место работы: н\р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 17.03.14 по 31.03.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, кетоацидозу, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Метаболическая кардиомиопатия СНI.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/90 мм рт.ст, общую слабость, быструю утомляемость, нестабильность гликемии..

Краткий анамнез: СД болеет в течении 25 лет. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-7 ед., п/о- 7ед., п/у-7 ед., Лантус 22.00 – 18 ед. Гликемия –11 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2010г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.03.14 Общ. ан. крови Нв –129 г/л эритр –4,0 лейк –5,5 СОЭ – 7 мм/час

э- 0% п-1 % с- 72% л- 21% м- 6%

18.03.14 Биохимия: СКФ –65 мл./мин., хол –4,74 тригл -1,34 ХСЛПВП -2,18 ХСЛПНП -1,97 Катер -1,2 мочевина –5,8 креатинин –97 бил общ –11,7 бил пр –2,7 тим –1,2 АСТ –0,22 АЛТ – 0,20 ммоль/л;

19.03.14 Анализ крови на RW- отр

21.03.Св.Т4 - 19,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –111,0 (0-30) МЕ/мл

### 18.03.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

20.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

19.03.14 Суточная глюкозурия – 1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.03.14 Микроальбуминурия –59,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.03 | 11,0 | 5,7 | 5,4 | 10,7 | 5,9 |
| 19.03 | 7,2 |  |  |  |  |
| 21.03 | 10,5 | 6,4 | 7,5 | 4,8 |  |
| 27.03 | 6,4 | 6,6 | 4,7 | 5,8 |  |

20.03Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма

24.03Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склеротические изменения. Салюс 1. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.03ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

17.03Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1

27.03РВГ: Нарушение кровообращения справа –Iст, слева – норма, тонус сосудов N.

19.03УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 5,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Лантус, берлитион, милдрокард, весел дуэф.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Новорапид п/з-9 ед., п/о-9 ед., п/у- 9ед., Лантус 22.00 17 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: глицисед 1т\*3р/д 1 мес., кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., милдрокад, весел дуэфс 1т 2р/д.
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.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.