#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1383

##### Ф.И.О: Цынтарская Елена Анатольевна

Год рождения: 1992

Место жительства: Запорожье, Парамонова 7/60

Место работы: ЗДУГППС «Укр почта» оператор, инв Ш гр.

Находился на лечении с 25.10.13 по 06.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Миопия средней степени ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, начальные проявления. НЦД по смешанному типу

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, онемение ног, гипогликемические состояния, зябкость стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2004 в связи к гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 20ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Протафан НМ 22.00 – 20 ед. Гликемия – 3,0-12,0ммоль/л. НвАIс -8,6 % от 09.2013. Последнее стац. лечение в 2011г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований

28.10.13Общ. ан. крови Нв – 157 г/л эритр –4,7 лейк – 7,7 СОЭ –23 мм/час

э- 1% п- 2% с-74% л- 18 % м-5%

28.10.13Общ. ан. крови Нв – 156 г/л эритр –4,7 лейк – 6,0 СОЭ –22 мм/час

э- 0% п- 0% с-70% л- 27 % м-3%

.10.13Биохимия: СКФ –76 мл./мин., хол –4,93 тригл -0,76 ХСЛПВП -2,07 ХСЛПНП – 2,5Катер – 1,4 мочевина –5,5 креатинин –92 бил общ –22,8 бил пр – 5,2 тим – 0,73 АСТ – 0,37 АЛТ –0,21 ммоль/л;

04.11.13 бил общ 27,0 бил пр 4,9 тим – 0,69 АСТ -0,36 АЛТ -0,36

04.11.13ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 29.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

30.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

28.10.13Суточная глюкозурия – 3,85 %; Суточная протеинурия – отр

##### 04.10.13Микроальбуминурия –41,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.10 | 12,7 | 14,0 | 8,1 | 12,7 | 16,2 |
| 29.10 2.00-7,2 |  |  |  |  |  |
| 30.10 | 10,2 | 7,3 | 13,9 | 8,5 |  |
| 31.10 | 11,2 |  |  |  |  |
| 02.11 | 8,5 | 4,5 | 6,1 | 5,7 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, начальные проявления.

Окулист: VIS OD= 0,2с кор =0,5 OS=0,2 с кор =0,5

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

ЛОР:

ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная.

Кардиолог: НЦД по смешанному типу

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,4 см3; лев. д. V =5,3 см3

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

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: Новорапид п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед. Протафан НМ 22.00

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:

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
3. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, актовегин 10,0 в/в № 10, Габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед.,.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год.
5. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.,
7. Б/л серия. АГВ № 2341 с .10.13 по .11.13. К труду .11.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.