#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1080

##### Ф.И.О: Козарик Любовь Викторовна

Год рождения: 1990

Место жительства: Михайловский р-н. с. Роздол, ул. Козарика, 74

Место работы: н/р.

Находился на лечении с 03.09.14 по 15.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП III ст. ДДПП ШОП. Вертеброгенная цефалгия, стадия ремиссии. ЖКБ хронический калькулезный холецистит. Хронический панкреатит, обострение.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, головные боли, вздутие живота. Боли в эпигастральной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы -2007, 2008, кетоацидотические состояния неоднократно. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи с гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12ед., п/о-6 ед., п/у- 4-6ед., Левемир 22.00 – 13 ед. Гликемия –4,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Ранее обнаруживались изменения в паренхиме щит. железы. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.09.14 Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр –4,6 лейк –5,0 СОЭ – 8 мм/час

э-1 % п-3 % с-50 % л- 44% м-2 %

04.09.14 Биохимия: СКФ –59,64 мл./мин., хол –4,4 тригл -13 ХСЛПВП -1,5 ХСЛПНП -1,2 Катер -1,9 мочевина –7,7 креатинин – 97 бил общ – 14,8 бил пр –3,7 тим –3,7 АСТ – 0,43 АЛТ –0,20 ммоль/л; общ белок – 76.3 г/л

04.09.14 Амилаза 154,0 ед/л

09.09.14 Амилаза 51,4 ед/л

05.09.14 Глик. гемоглобин – 10,0%

05.09.14 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/л

### 04.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 26-31 в п/зр белок – 0,03 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

10.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 250 белок – отр

05.09.14 Суточная глюкозурия – 0,32%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.09.14 Микроальбуминурия –39,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.09 | 4,2 | 4,4 | 4,9 | 5,7 | 7,2 |
| 06.09 | 7,9 | 4,5 |  | 19,9 | 11,5 |
| 19.09 |  | 9,0 |  |  |  |
| 10.09 | 10,0 | 6,1 | 7,6 | 5,4 | 7,6 |
| 11.09 | 6,2 |  |  |  |  |
| 13.09 2.00-12,7 | 5,7 | 3,4 | 8,4 | 9,8 | 7,0 |

Невропатолог: ДДПП ШОП. Вертеброгенная цефалгия, стадия ремиссии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

03.09.Окулист: VIS OD= 0,3 OS=0,2

Помутнения в хрусталиках. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.09.14ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

04.09.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.09Хирург: ЖКБ хронический калькулезный холецистит. Хронический панкреатит, обострение. На момент осмотра данных за острую хирургическую патологию нет.

04.09РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

12.09.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; конкрементов в желчном пузыре.

04.09.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V = 4,9 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, Левемир, тиоктацид, мезим, дуспаталин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились вздутие живота, боли в н/к. Сохраняются запоры. АД 110/65 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-10-12 ед., п/о-6-9 ед., п/уж -6-9 ед., Левемир 22.00 13-15 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Тиоктацид ( диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
8. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. Рек хирурга: наблюдение и лечение у гастроэнтеролога и хирурга. Оперативное лечение в плановом порядке. Дуспаталин 1т 2р\д, креон 1к 3р/д, диета 5/9.
11. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.