#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1232

##### Ф.И.О: Гаджилова Юлия Александровна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Бердянск, ул. Демина 96-66

Место работы: н/р, инв П гр.

Находился на лечении с 07.10.14 по 16.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гиперметропия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия I. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, субклиническое течение. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК 1ст, без регургитации. СН 0. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. Ранее получала: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2012 переведена на Новорапид. Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 8ед., п/о-8 ед., п/у- 8ед., Левемир 22.00 – 15 ед. Гликемия –3,5-12,9 ммоль/л. НвАIс -6,7 % от 01.07.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.10.14 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр – 4,1 лейк – 4,2 СОЭ –7 мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

08.10.14 Биохимия: СКФ –59,09 мл./мин., хол –4,39 тригл -1,58 ХСЛПВП – 1,73ХСЛПНП -1,94 Катер -1,5 мочевина –5,7 креатинин – 104,4 бил общ –46,9 бил пр –м/с тим –3,9 АСТ – 0,32 АЛТ – 0,24 ммоль/л;

10.10.14ТТГ –4,7 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 298,6 (0-30) МЕ/мл

### 08.10.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 4-6 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

С 09.10.14 ацетон- отр

13.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр -500 белок – отр

10.10.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 10.10.14 Микроальбуминурия –57,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.10 | 7,3 | 7,6 | 8,1 | 6,7 | 6,9 |
| 10.10 |  |  | 4,7 |  |  |
| 13.10 | 12,3 | 10,3 | 12,8 | 3,9 | 13,6 |
| 14.10 2.00 -12,4 |  |  |  |  |  |
| 15.10 2.00-10,3 | 7,8 | 9,1 | 4,2 | 7,4 | 7,1 |
| 16.10 | 7,5 |  |  |  |  |

2013 Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, субклиническое течение.

07.10Окулист: VIS OD= 0,8+0,75=0,95 OS=0,75+1,25=0,9

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (колебания калибра). Д-з: Гиперметропия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.10.14ЭКГ: ЧСС -81 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось вертикальная.

2013 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. ПМК 1ст, без регургитации. СН 0.

09.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.10.14Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия.

09.10.РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

13.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

04.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5 см3; лев. д. V = 6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, диалипон турбо, актовегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-9-11 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -6-8 ед., Левемир 21.00 ед.17-19 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ ч/з 2,5-3 мес с послед конс эндокринолога по м/ж.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. 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 Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.