#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1101

##### Ф.И.О: Шаповаленко Мария Витальевна

Год рождения: 1996

Место жительства: г. Мелитополь ул. Калинина 13.

Место работы: н/р

Находилась на лечении с 02.08.17 по 21.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Неалкогольная жировая болезнь печени I ст. НФП 0 ст. Хронический гастрит вне обострения. H. Pylori – отрицательный. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щитовидной железы, эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, гипогликемические состояния, в ночное время в 2-3.00 около 4-5 мес и в дневное время на фоне физ нагрузок.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008 г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания: Актрапид НМ Протафан НМ, затем через непродолжительное время назначен Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 14ед., п/о-14 ед., п/у-14 ед., Лантус 22.00 – 34 ед. НвАIс – 11,43 % от 26.07.17 . Последнее стац. лечение в 2014г в ОДБ. В июле 2017г в моче был выявлен ацетон, получала инфузионную терапию в т/о по м/ж (г. Мелитополь). При поступлении ацетонурия 4+, госпитализирована в обл. энд. диспансер в ОИТ для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 03.08 | 153 | 4,6 | 6,2 | 4 | 2 | 0 | 61 | 35 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.08 |  | 3,2 | 1,29 | 1,0 | 1,6 | 2,2 | 3,16 | 84 | 10,2 | 2,4 | 1,35 | 0,42 | 0,55 |

02.08.17 Амилаза – 25,0

07.07.17 Анализ крови на RW- отр

07.08.17ТТГ –1,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 147,0 (0-30) МЕ/мл

02.07.17 Гемогл – 151; гематокр – 0,48 ; общ. белок – 72 г/л; К – 4,12 ; Nа – 138 ммоль/л

02.07.17 К – 3,91 ; Nа – 141 ммоль/л

07.07.17 К – 3,46 ; Nа – 137,6 ммоль/л

03.07.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 84 %; фибр – 2,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6

24.07.17 Проба Реберга: креатинин крови 81- мкмоль/л; креатинин мочи- 9100 мкмоль/л; КФ- 245,9мл/мин; КР- 99,0 %

### 02.08.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – 0,032 ацетон –4+; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ум в п/зр

### 08.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк –на все в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. –на все много; эпит. перех. –на все в п/зр

С 17.08.17 ацетон - отр

03.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 100 эритр - белок – отр

04.07.17 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.07.17 Микроальбуминурия –69,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.08 |  | 10,7 | 10,6 | 9,3 | 5,7 |
| 04.08 | 17,2 | 4,1 | 9,7 |  |  |
| 07.08 0.00-5,7 | 12,9 |  | 11,9 | 9,1 | 11,2 |
| 09.08 | 11,2 | 11,2 | 9,1 | 8,0 |  |
| 10.08 | 11,9 | 12,8 | 7,1 | 6,4 |  |
| 15.08 | 10,2 | 8,2 | 4,0 | 8,2 | 7,9 |
| 17.08 2.00-14,8 | 10,1 | 7,7 | 7,9 | 7,3 | 4,5 |
| 20.08 2.00-7,0 | 12,1 | 9,9 | 5,5 | 8,0 | 6,0 |

0.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Рек келтикан 1т 3р/д

03.08.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены вены полнокровны, неравномерного калибра, венный пульс сохранен. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

02.08.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка

03.08.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0-1.

Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

03.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

13.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст..

14.08.17Гастроэнтеролог: неалкогольная жирвая болезнь печени 1 ст. НФП 0 ст. Гастрит вне обострения. H. Pylori – отр. Рек: режим питания, стол № 5-9 гепадиф 2к 2р/д после елы 3 мес. Контроль УЗИ через 3 мес.

10.8.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

09.08.17 ФЭГДС: Рефлюкс эзофагит, эритематозная гастропатия .

02.08.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V =5,3 см3

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

Лечение: Эпайдра, атоксил, каптоприл, Лантус, ККБ, кардонат, тивортин, тиогамма, берлитион, небивал. милдракор, кокарнит, гепадиф, антраль.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется утренняя гипергликемия до 12 ммоль/л, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. пациентка по семейным обстоятельствам настаивает на выписке.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о-10-12 ед., п/уж 6-8 ед., Лантус 22.00 40-42 ед. Коррекцию дозы Лантуса провести под контролем эндокринолога по м/ж.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес.,
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
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 Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В