#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 865

##### Ф.И.О: Шульга Лина Андреевна

Год рождения: 1988

Место жительства: г. Энергодар ул. Курчатова 27-21

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.06.17 по 21.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Беременность 1, 19-20 нед. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Анемия легкой степени.

Жалобы при поступлении На гипогликемически состояния после завтрака до 1-2 раз в месяц, частые мочеиспускания в дневное и ночное время, отмечает прибавку в весе на 2,7 кг на фоне беременности, апетит хороший, ухудшение зрения на оба глаза, нечеткость зрения, снижение остроты, боли в стопах, тяжесть в ногах к вечеру, онемение пальцев ног, чувство зяб кости в нижних конечностях, стул не нарушен, пониженные цифры АД в пределах 95/55 мм рт.ст., периодически головные боли в лобной области.

Краткий анамнез: Болеет сахарным диабетом с 2010г., связывает с перенесённым стрессом. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания на инсулинотерапии, получала Фармасулин Н, HNP (5 инъекций- назначен в г.Киев), В 2015 г. была переведена в условиях эндокриндиспансера на 4-х разовое введение. В марте 2017 г. была госпитализирована в эндокриндиспансер в сроке 3-4 нед беременности, получала лечение в ОИТ с связи с ацетонурией, после чего была переведена на Левемир, Новорапид. В настоящее время получает Левемир в 22.00-10 ед, Новорапид в/з 8 ед, п/о 10, в/у 10 ед. В течение последнего года сахар в крови 8,0-9,0 ммоль/л. единожды -16,0 ммоль/л, АД 100/70 мм рт.ст., вес 57,7 кг. НвА1с от 10.03.17 -7,2%, Предыдущее стац.лечение в 03.2017г. в связи с декомпенсацией СД . Настоящая госпитализация плановая, для коррекции доз инсулинотерапии на фоне беременности.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.06 | 105 | 3,5 | 6,8 | 19 | 2 | 2 | 71 | 24 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.06 | 106,9 | 4,2 | 1,47 | 1,63 | 1,9 | 1,6 | 2,4 | 62,7 | 11,8 | 2,9 | 1,7 | 0,38 | 0,27 |

13.06.17 Глик. гемоглобин -6,3 %

13.06.17 Гемогл – 105 ; гематокр – 0,34 ; общ. белок –68,0 г/л; К –4,4; Nа – 138 ммоль/л

16.06.17 К – 4,0 ; Nа – 130 Са - 1,92 ммоль/л

15.06.17 К – 3,97 моль/л

14.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 12 мин.; ПТИ – 89,3 %; фибр – 2,2г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2

15.06.17 Проба Реберга: креатинин крови-64,9 мкмоль/л; креатинин мочи- 5170 мкмоль/л; КФ-100,4 мл/мин; КР- 98,82 %

### 13.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. –на все ; эпит. перех. - в п/зр

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

15.06.17 Суточная глюкозурия –0,69 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.06 | 8,0 | 8,1 | 6,5 | 4,3 |
| 14.06 | 6,6 | 6,1 | 6,6 | 5,1 |
| 16.06 | 7,2 | 9,5 | 4,4 | 3,3 |
| 18.06 | 5,4 | 5,4 | 6,6 | 3,0 |
| 19.06 |  |  |  | 9,1 |
| 20.06 |  |  |  | 3,9 |

15.03.17Невропатолог(из амб.карты):: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение

13.06.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии и вены сужены, умеренно извиты. В макулярной области без особенностей.

12.06.17ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.06.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия ЛЖ. Гипертрофия левого желудочка.

13.06.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Беременность 1, 18-19нед.

Рек. кардиолога: Динамика ЭКГ, ЭХОКС.

03.2017Ангиохирург (из амб.карты): Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.06.17 Гинеколог: беременность 1, 18-19 нед. рек. УЗИ скрининг II.

13.06.17Гинеколог: беременность 1, 18-19 нед. Ацетонурия. Рек: щелочное питье энтеросгель, ксилат 200 в/в кап 2р/д. магникум 2т 3р\д, валериана 1т 3р\д, свечи с папаверином № 3 ректально, эмфетал 1т 2р\д во время еды.

16.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V =5,7 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, энтеросгель, валериана, магникум, папаверин, тардиферон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. Даны рекомендации по питанию, АД 110/70 мм рт. ст. Настаивает на выписке по семейным обстоятельствам.

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- 10-12ед., п/уж -4-6 ед., Левемир 22.00 10-12ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Рек гинеколога:. магникум 2т 3р\д, валериана 1т 3р\д, свечи с папаверином № 3 ректально, эмфетал 1т 2р\д во время еды.
6. тардиферон 1т. сут
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, АТТПО с послед. конс. эндокринолога.
8. Рекомендовано обращение в клинико-диагностического отд. областного перинатального центра. ( б. Шевченко 27, регистратура т. 224-09-57).

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.