#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 293

##### Ф.И.О: Сидоренко Юлия Сергеевна

Год рождения: 1991

Место жительства: Куйбышевский р-н, пгт Куйбышево ул. Запорожская 116

Место работы: н/р

Находился на лечении с 24.02.17 по 09.03.17 в энд. отд. (ОИТ 24-28.02.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетонурия. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. САГ 1ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS – 5 NDS – 6). Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Беременность 1, 9-10 нед (3-4 нед по биометрии)

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-24 ед., п/о- 6-7ед., п/у-6-7 ед., Протафан НМ 22.00 22-24 ед осмотрена гинекологом 23.02.17 диагноз «Беременность 6- 7 нед», при обследовании ацетон мочи 2++ Гликемия –12-25 ммоль/л. НвАIс – 11,8 % от 22.02.17. Последнее стац. лечение в 2015г. АИТ с 2012 АТТПО – 1384 от 2012. ТТГ – 3,2 (0,3-4,0) от 23.05.15. ТТГ – 7,43 (0,4-4,0) Т4св- 15,1 (11,5-22,7) от 22.02.17. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, в связи с беременностью

Данные лабораторных исследований.

24.02.17 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр – 4,5 лейк –5,8 СОЭ –25 мм/час

э- 1% п- 4% с- 76% л- 15 % м- 4%

26.02.17 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,3 лейк – 5,5 СОЭ – 20мм/час

э- 1% п- 2% с- 61% л- 30% м- 6%

01.03.17 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр –4,6 лейк – 6,3 СОЭ –18 мм/час

э-2 % п- 2% с- 57% л- 34% м-5 %

09.03.17 Общ. ан. крови Нв –137 г/л эритр –4,1 лейк – 5,7 СОЭ –15 мм/час

э-0 % п- 0% с- 71% л- 24% м-5 %

25.02.17 Биохимия: хол –6,3 мочевина –2,3 креатинин –116 бил общ – 116 бил пр –11,8 тим –0,5 АСТ – 0,10 АЛТ – 0,12 ммоль/л;

01.02.17 Биохимия: хол –5,9 тригл -1,6 ХСЛПВП -1,9 ХСЛПНП -3,3 Катер -2,1 мочевина –3,4 креатинин – 92,4;

02.03.17 СКФ – 62,2 креатинин 92,4

25.02.17 Амилаза – 51,4

03.03.17ТТГ –2,9 (0,3-4,0) Мме/мл

22.02.17 Глик гемоглобин – 11,8. Т4св – 15,1 ТТГ – 7,43

27.02.17 К – 4,1

24.02.17 Гемогл – 146 ; гематокр – 0,42 ; общ. белок –57 г/л; К – 4,26 ; Nа – 133,8 ммоль/л

09.03.17 общ белок – 56,5

25.02.17 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 96 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

26.02.17 Проба Реберга: креатинин крови- 105 мкмоль/л; креатинин мочи-4002 мкмоль/л; КФ-60,2 мл/мин; КР- 97,8%

### 24.02.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-3 эрит 0-1 в п/зр белок – 0,802 ацетон –2++; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 25.02.17 ацетон – отр

25.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -1500 белок – 0,58

25.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - 1500 белок – 0,59

26.02.17 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – 1,07

02.03.17 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – 1,54

09.03.17 Суточная глюкозурия – 1,5%; Суточная протеинурия – 1,32

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 24.02 |  | 23,2 | 13,2 | 8,5 |  |
| 25.02 | 16,8 | 8,7 | 6,0 | 5,5 | 7,2 |
| 26.02 | 5,5 | 4,4 | 3,1 | 6,5 |  |
| 27.02 | 6,0 | 3,2 | 8,8 | 7,9 |  |
| 28.02 | 5,9 | 4,4 | 6,8 | 7,4 |  |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.03 | 8,7 |  | 7,9 | 9,9 |  |
| 02.03 | 9,4 |  |  | 14,4 | 9,3 |
| 03.03 2.00-9,8 6.0010,9 | 12,1 | 10,8 | 5,1 | 8,1 |  |
| 04.03 2.00-4,3 | 8,9 | 5,0 | 4,2 | 5,6 |  |
| 05.03 | 9,3 |  |  |  |  |
| 07.03 | 9,3 | 11,9 | 4,6 | 3,7 |  |
| 08.03 2.00-7,3 | 13,7 |  |  |  |  |
| 09.03 | 4,2 | 3,8 |  |  |  |

24.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS – 5 NDS – 6).

24.02.17 Окулист. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие, вены уплотнены, выраженный переливчатость сетчатки, Венный пульс сохранен.

01.03.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

07.03.17ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

01.03.17, 09.03.17Кардиолог: САГ 1ст

02.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.03.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

09.03.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. У пациентки отмечается появление отеков н/к, рекомендовано определить общ белок, альбумин крови, контроль сут. протеинурии в динамике, К лечению добавить канефрон 2т 3р\д 1 мес.

01.03.17Гинеколог: Беременность 1, 8- 9 нед.

07.03.17Гинеколог: Беременность 1, 9-10 нед.( по биометрии 3-4 нед)

09.03.17Гинеколог: Беременность 1, 9-10 нед.( по биометрии 3-4 нед)

01.03.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

01.03.17Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

24.02.17 осмотр доц. кафедры Соловьюк А.О: диагноз согласован.

03.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст умеренных диффузных изменений диффузного типа в паренхиме правой почки, внутриматочной одноплодной беременности

07.03.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В : диагноз согласован.

07.03.17УЗИ ОМТ (полное описание прилагается): ): Внутренний диаметр плодного яйца 9 мм, желточный мешочек 1,9 мм, хорион по периферии 1,7 мм, КТР 1,7 СБ регистрируется ( брадикардия до 40 уд/мин)Эхопризнаки маточной беременности в сроке 3-4 нед, перегородка в полости матки

09.03.17УЗИ ОМТ (полное описание прилагается): Внутренний диаметр плодного яйца 9 мм, желточный мешочек 2,9 мм, хорион по периферии 2,1 мм, КТР 1,7 СБ регистрируется ( брадикардия до 40 уд/мин). Эхопризнаки маточной беременности в сроке 3-4 нед, перегородка в полости матки.

09.03.17 Хирург: данных за острую хирургическую патологию нет. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 6,9 см3

Перешеек –0,35 см.

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

Лечение: Актрапид НМ, валериана, энтеросгель, фенигидин, папаверин, канефрон, торсид, Протафан НМ, лютеина, эутирокс, допегид,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, пациентка нуждается в продолжении стац лечения до достижении компенсации СД, дообследований рекомендуемых кардиологом, нефрологом, в связи с семейными обстоятельствами от дальнейшего лечения категорически отказывается настаивает на выписке из отделения, с больной проведена беседа о возможном риске со стороны матери и плода; уменьшились отеки н\к АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. Направляется на консультацию в клинико-диагностического отд. областного перинатального центра. ( б. Шевченко 27, регистратура т. 224-09-57) для решения вопроса дальнейшей тактики ведения больной учитывая показатели УЗИ плода.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, нефролога, гинеколога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМп/з-20-22 ед., п/о- 3-5ед., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ, 22.00 24-26 ед.
5. Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина эндокринологом по м\ж, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госпитализация в КУ «ОКЭД» ЗОС.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Рек. кардиолога: допегид 250 мг 2р\д под контролем АД. Дообследование: ЭХО КС, дообследование у врача нефролога, гинеколога
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ в динамике через 2 нед для уточнения целесообразности применения L-тироксина
9. Рек. нефролога: допегид 1-2т 1р\сут. определить общ белок, альбумин крови, контроль сут. протеинурии в динамике, К лечению добавить канефрон 2т 3р\д 1 мес.
10. Рек гинеколога: афлазин 1к 2р/д, лютеина 200 мг 2р\д per/vagium. УЗИ контроль через 7 дней.
11. Рек хирурга: наблюдение сосудистого хирурга, нефролога.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В