#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 372

##### Ф.И.О: Полулях Татьяна Николаевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Черниговский р-н, с. Н-Михайловское ул.Мира 80

Место работы: Отдел образования Молодежи и спорта Черниговской РГА, директор школы

Находился на лечении с 12.03.17 по 07.04.17 в диаб. отд. (ОИТ 12.03.17-17.03.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние 1 ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35,3кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ( гипертоническая дисметаболическая), с-м умеренно вестибулопатии. Цереброастенический с-м. Невправимая пупочная грыжа средних размеров. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Дискинезия желчевыводящих путей. по гипомоторному типу. Гепатомегалия. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, слабость, утомляемость, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен впервые . 11.03.17 ацетон 2++, глюкоза крови 21.97 ммоль/л. Обратилась самостоятельно в эндокриндиспансер, госпитализирован в обл. энд. диспансер для назначения ССТ,

Данные лабораторных исследований.

13.03.17 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр –4,5 лейк – 4,3 СОЭ – 16 мм/час

э- 0% п- 2% с- 60% л- 36% м-2 %

21.03.17 СОЭ – 19

04.04.17 Общ. ан. крови Нв – 149 г/л эритр –4, лейк –6,3 СОЭ –27 мм/час

э-2 % п-1 % с- 71% л- 23 % м- 3%

13.03.17 Биохимия: хол –7,4 тригл -3,4 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП – 4,7Катер – 5,7мочевина – 4,6 креатинин – 85,8 бил общ –10,6 бил пр –2,6 тим –2,6 АСТ –0,29 АЛТ –0,59 ммоль/л;

04.04.17 Биохимия: бил общ – 16,3 бил пр –4,1 тим – 0,85 АСТ –0,38 АЛТ –0,83 ммоль/л; бил общ 68,2

04.04.17 амилаза 44,8ед/ч ( 0-90)

04.04.17 К –5,1 ; Nа –140,5 Са++ -1,16 ( 1,07-1,25) С1 - 108 ммоль/л рН крови 7,34

04.04.17 С-реактивный белок – 3+++

15.03.17 Анализ крови на RW- отр

12.03.17 Гемогл – 169; гематокр – 0,53; К – 4,16 ; Nа – 140 ммоль/л

16.03.17 К – 4,52 ; Nа –144,1 С1 – 103 ммоль/л

26.03.17 К- 4,67 ммоль/л

24.03.17 Са – 2,59

13.03.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

17.03.17 Проба Реберга: креатинин крови-96,8 мкмоль/л; креатинин мочи- 3575мкмоль/л; КФ- 78,2мл/мин; КР- 96,7%

### 12.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,11 ацетон –3+; эпит. пл. – ного; эпит. перех. -3-4 в п/зр

15.03.17-19.03.17 ацетон – отр

С20.03.17 ацетон –следы- +++

04.04.17 ацетон – следы

07.04.17 ацетон –следы

13.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – 0,034

04.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр – 500 белок – отр

17.03.17 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 06.04.17 Микроальбуминурия –47,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.03 |  |  | 11,9 | 8,6 |  |
| 14.03 | 13,6 | 7,4 | 9,9 | 6,2 | 5,3 |
| 16.03 | 12,7 | 7,0 | 5,6 | 8,3 |  |
| 19.03 | 7,0 | 6,8 | 5,8 | 5,4 | 6,7 |
| 24.03 | 8,6 | 7,5 | 7,2 | 7,8 |  |
| 26.03 | 3,6 | 4,4 |  | 5,2 | 3,8 |
| 28.03 | 5,3 | 5,2 | 4,8 |  |  |
| 30.03 | 4,5 | 5,4 | 4,9 | 5,4 |  |
| 04.04 2.00-4,8 | 5,2 | 5,4 | 5,9 |  |  |
| 05.04 | 6,3 | 7,5 | 5,9 | 6,1 |  |

13.03.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, с-м умеренно вестибулопатии. Цереброастенический с-м.

14.03.17 Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, извиты, склерозированы. Салюс I-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

13.03.17 ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

* + 1. Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, небивалол 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

13.03.17Хирург: Невправимая пупочная грыжа средних размеров.

13.03.17 Ф ОГК№ 103277: легкие, сердце в норме.

13.03.17 НА р-гр ПОП- остеопороз костных структур. Признаки субхондральнго склероза снижение высоты межпозвоночных дисков, Вторичная деформация тел в н/гр отделе.

28.03.17 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Дискинезия желчевыводящих путей. по гипомоторному типу. Гепатомегалия. .

22.03.17 Гинеколог: Метаболический с-м. Ожирение 1 ст. Пат. эндометрия в менопаузе.

20.03.17 РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

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

23.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличение её размеров за счет правой доли, перегиба желчного пузыря в/3 и в/3 и в области шейки, застоя в желчном пузыре, нельзя исключить наличие микролитов почках, лейомиоматоза матки, спаек между маткой и левым яичников с девиацией дна матки влево

30.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V =7,2 см3

Перешеек –0,44 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эссенциале, энтеросгель, трисоль, ксилат, рингер, хлорид натрия, глюкоза 5%, берлитион, нейробион, армадин, сермион, небивалол, нолипрел форте, торвакард, новопаист, каптоприл, ККБ, ранитидин, диклофенак, сермион, фуросемид, Актрапид НМ, Протафан НМ, Левемир, кокарнит, тиотриазолин

Совместный осмотр Зав. отд. Еременко Н.В. Нач. мед. Карпенко И.В Гл. врач Черникова В.В. у пациентки отмечается стойкая ацетонурия, которая сохраняется несмотря коррекцию дозы инсулина, изменения режима инсулинотерапии, изменения вида генно-инженерного инсулина, соблюдения диеты, режима питания. При мониторинге гликемии имеется неустойчивая гликемия с снижением до 3,6-3,8 ммоль\л в различное время суток на фоне назначения инсулина короткого действия. Учитывая невозможность достичь компенсации на генно-инженерных инсулинах рекомендован перевод на аналог – Левемир.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гликемия удовлетворительная, сохраняются следы ацетона в моче. Самочувствие удовлетворительное, аппетит нормальный, потеряла в весе 7 кг, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. исчезли головокружения.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Левемир п/з-12-14 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, небивалол 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Нолипрел форте 1т утром, торвакард 1т веч, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес., армадин 300 мг\сут 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек хирурга: ограничение физ. нагрузки, оперативное лечение грыжи в плановом порядке.
12. Осмотр гинеколога в динамике.
13. Рек гастроэнтеролога гепадиф 2ык 2р/д после еды 3 мес, урсоност (урсохол) 1 на ночь 3 мес, меверин 13 2р/д за 20 мин до еды 7-10 дней, УЗИ контроль через 3 мес.
14. Самоконтроль гликемии, ацетонурии, при сохраняющейся ацетонури повторная консультация в условиях эндокриндиспансера.
15. Б/л серия. АГВ № 235737 с 12.03.17 по 07.04.17. к труду 08 .04.17

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В