#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1082

##### Ф.И.О: Петрова Лариса Анатольевна

Год рождения: 1995

Место жительства: Токмакский р-н, . Токмак ул. Огородная 103

Место работы: н/р, инв II гр

Находилась на лечении с 17.08.18 по 23.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Беременность II, 14-15 недель. ОАА (антенатальная гибель плода). Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. НЦД, смешанный тип. СН 0.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в дневное и вечернее время, понижение АД до 90/60 мм.рт.ст, головные боли, периодически тяжесть внизу живота, отеки н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. 2014г- гипогликемическая кома (со слов). С начала заболевания инсулинотерапия. принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у- 10ед., Протафан НМ 22.00 – 10 ед. Гликемия –2,8-15,0 ммоль/л, глик гемоглобин – 08.08.18-7,4%. Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ с 2013 АТТПО – 415 (0-30) от 24.10.14. В 2015г- кесарево сечение (антенатальная гибель плода в 32 нед гестации). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | Тромб. | э | п | с | л | м |
| 20.08.18 | 129 | 3,9 | 7,1 | 22 | 295 | 2 | 1 | 70 | 24 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.08.18 | 90,6 | 4,9 | 1,19 | 1,7 | 2,6 | 1,9 | 3,1 | 89 | 12,0 | 3,0 | 1,1 | 0,27 | 0,35 |

21.08 ТТГ- (0,3-4,0)

20.08.18 К –3,97 ; Nа – 142 Са++ - 1,18 С1 - 101 ммоль/л

### 21.08..18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед

20.08.18 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – отр

22.08.18 Ан.мочи по Нечипоренко: белок-отр, лейк-1000 ед/мл, эр-0

##### 20.08.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.08 |  |  | 2,7 | 3,7 | 5,1 |
| 18.08 | 10,9 | 4,9 | 2,9 | 3,7 | 3,6 |
| 20.08. 2.00-2,4 | 5,7 | 3,2 | 5,6 | 2,4 | 7,5 |
| 21.08 | 6,7 | 3,7 | 2,4 | 2,7 | 3,4 |
| 22.08. | 7,8 | 6,2 | 12,0 (после гипогликемии) | 4,0 | 5,2 |
| 23.08 | 4,6 |  |  |  |  |

20.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Гл. дно: ДЗН: . А:V 2:3, сосуды слегка извиты, стенки вен уплотнены. В макуле б/о.

17.08.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый.тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.08.18 Кардиолог: НЦД, смешанный тип. СН О.р-но: ЭХО-КС

21.08.18 Хирург: диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.08.18Гинеколог : Беременность II, 13-14 нед, ОАА (антенатальная гибель плода).Р-но: Но-х-ша свечи ректально по требованию передсном, элевит пронаталь 1 т 1р/д во время еды.

20.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,8 см3; лев. д. V =4,6 см3

Перешеек -0,33 см. Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, элевит пронаталь

Состояние больного при выписке: У пациентки отмечается тенденция к гипогликесическим состояниям в течение дня, преимущественно после обеда по лабораторным данным, клинически гипогликемии не ощущает, дозы инсулина уменьшены, нуждается в дальнейшей коррекции инсулиноткрапии, однако, несмотря на проведенные беседы с пациенткой о возможных осложнениях со стороны здоровья пациентки и здоровья плода, настаивает на выписке из стационара, о чем имеется запись в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, семейного врача, гинеколога по м/ж.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <5,3ммоль, через 1 час после еды < 7,8 ммоль/л, через 2 часа после еды <6,7 ммоль/л. НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 2-4 ед., п/о- 0-2-4 ед., п/уж -0-2-4 ед.,

Протафан НМ 22.00 8-10 ед.

Самоконтроль глюкозы крови в амбулаторных условиях с последующей коррекцией доз инсулина, подсчет ХЕ.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ в каждом триместре, определение йода в суточной моче с послед. конс. эндокринолога по м\ж.
3. Соблюдение рекомендаций гинеколога (см.выше)
4. Рекомендовано обращение в клинико-диагностического отд. областного перинатального центра.

( б. Шевченко 27, регистратура т. 224-09-57).

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В