#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 663

##### Ф.И.О: Бондаренко Мария Сергеевна

Год рождения: 1992

Место жительства: К-Днепровский р-н, ул. яр. Мудрого 40

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.05.18. по 22.05.18 в энд. отд. (ОИТ 11.05-14.05.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести,. впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние 1. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. НЦД по гипертоническому типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за 6 мес, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: 05.2017 выявлен гестационный диабет, принимала Актрапид НМ, малыми дозами на прием пищи. Роды 10.17 ребенок родился здоровым. В послеродовом периоде инсулинотерапия отменена, в дальнейшем ОГТГ не проводилось, к эндокринологу по м/ж не обращалась. Ухудшении состояния с 30.04.18 после погрешности в диете. Обратилась по м/ж, гликемия первично 17,0 ммоль/л ацетон мочи – 3+. Получала стац лечение с 02.05.18 по 10.05.18 по м/ж по поводу СД впервые выявленного ,кетоацидоза. Переведена в ОКЭД для подбора инсулинотерапии. В анамнезе узловой зоб Ш. 2013 – гемитиреоидэктомия справа ПГЗ – фолликулярная аденома. 03.05.18 ТТГ – 0,46(0,3-4,0) АТТПО - 10,0 ( 0-35). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.05 | 130 | 3,9 | 4,8 | 10 | |  | | 1 | 1 | 68 | 28 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.05 | 80,7 |  |  |  |  | |  | 3,9 | 8,9 | 14,4 | 3,9 | 2,07 | | 0,46 | 0,72 |
| 14.05 |  | 4,3 | 0,99 | 1,3 | 2,5 | | 2,3 |  |  |  |  | 1,03 | | 0,5 | 0,65 |
| 14 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |

11.05.18 Амилаза – 52,7

16.05.18 Глик. гемоглобин – 12,5%

03.05.18 ТТГ – 0,46 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10 (0-30) МЕ/мл

11.05.18 Гемогл –130 ; гематокр –0,39 ; общ. белок – 66 г/л; К – 4,13 ; Nа – 140,5 ммоль/л

11.05.18 АЧТЧ – 50,4 МНО – 1,18 ПТИ 84,4 фибр – 2,2

12.05.18 К – 4,32 ; Nа – 141

15.05.18 К – 4,4 ; Nа – 137 Са++ - 1,1С1 -105 ммоль/л

13.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-77 мкмоль/л; креатинин мочи- 2585 мкмоль/л; КФ-67,8 мл/мин; КР- 97,3 %

### 11.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ем в п/зр

С 12.05.18 ацетон - отр

12.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр - белок – отр

13.05.18 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.05.18 Микроальбуминурия –167,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.05 |  | 9,5 | 6,6 | 3,8 | 5,4 |
| 12.05 | 7,3 | 5,0 | 6,7 | 5,2 |  |
| 14.05 | 4,3 | 9,1 |  | 7,8 | 6,1 |
| 15.05 | 6,7 | 11,5 | 6,3 | 6,7 |  |
| 16.05 |  | 7,8 | 8,4 |  |  |
| 18.05 |  | 7,1 | 9,8 |  |  |
| 19.05 | 6,0 | 10,0 | 3,7 | 8,4 |  |
| 20.05 | 6,1 | 6,3 | 8,2 | 6,8 |  |

15.05.18Невропатолог: Данных за очаговое поражение ЦНС, ПНС нет

15.05.18Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Гл. дно: вены неравномерного сужены, полнокровны ,умеренно извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.05.18ЭКГ: ЧСС -74 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

16.05.18Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу

15.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11.05.18Хирург: В данный момент хирургической патологии нет.

11.05.18 НА р-гр ОГК легкие без инфильтрации корни малоструктурны ,сердце без особенностей.

11.05.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

15.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к у меренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

11.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =фиброз см3; лев. д. V = 5,2 см3

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

Лечение: Генсулин Р , Генсулин Н альмагель, ККБ, тималин, фаматидин, берлитион, атоксил, аспаркам,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась на фоне первично подобранной инсулинотерапии,. АД 120/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-14-16 ед., п/уж -10-12 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии через 2-3 мес с целью уточнения диагноза.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардоант1 т 2р/д, 2 нед.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.