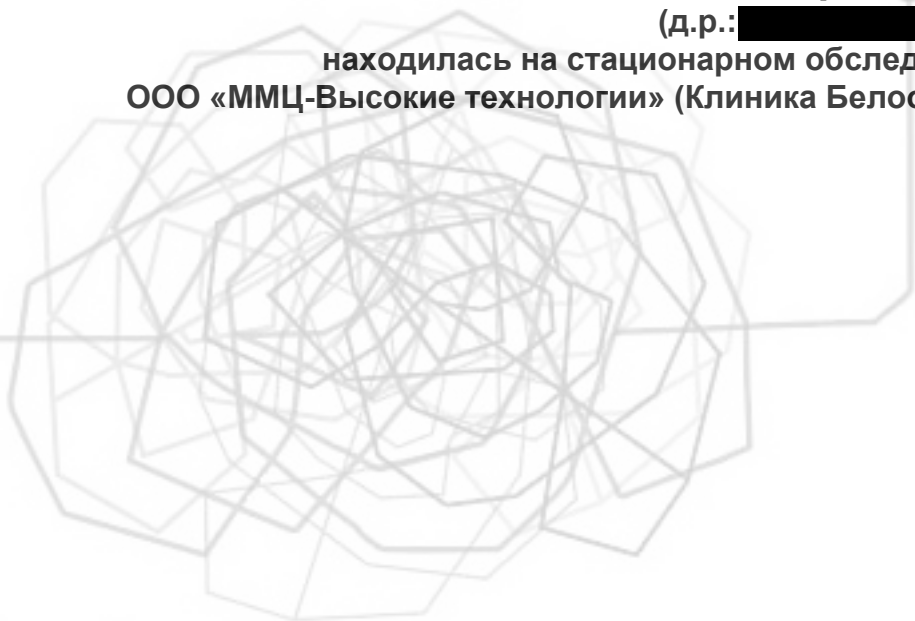




**ГАЛАКТИОНОВА Марина** [REDACTED]

(д.р.: [REDACTED])

находилась на стационарном обследовании и лечении в  
ООО «ММЦ-Высокие технологии» (Клиника Белоостров) с 10.01.2025 по 03.02.2025



Что дальше?

благотворительный фонд

## Выписной эпикриз № 15096441/ММЦ ВТ\_К456/25

Наименование медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность:  
ООО "ММЦ ВТ"

188651, Ленинградская область, м.р-н Всеволожский, с.п. Юкковское, тер. Клиника  
Белоостров, зд. 1, к.1 .

ОГРН (ОГРНИП): 1184704010347

Наименование отделения (структурного подразделения): ММЦ ВТ - Терапевтическое  
отделение

Номер медицинской карты: 15096441

### Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество: ГАЛАКТИОНОВА Марина [REDACTED]

Дата рождения: [REDACTED] (37 лет), пол: Женский

Регистрация по месту жительства: Россия, [REDACTED]

Регистрация по месту пребывания: Россия, [REDACTED]

Поступил в стационар - 1

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с 10.01.2025 08:46 по 03.02.2025 08:18

Количество дней нахождения в медицинской организации: 24

Исход госпитализации: выписан

Результат госпитализации: улучшение

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации: -

### Заключительный клинический диагноз:

**Основное заболевание:** Хронический диффузно склерозирующий панкреатит с кальцификатами, тотальное поражение без панкреатической гипертензии с эндокринной и экзокринной недостаточностью тяжелой степени, алиментарный, биллиарнозависимый.

Дренирование кисты поджелудочной железы 2013 год.

Осложнения: Сахарный диабет другой тип, целевой уровень гликированного гемоглобина <7.0%.

Тяжелая белкоэнергетическая недостаточность. Алиментарное истощение на фоне тяжелого синдрома мальабсорбции. Кахексия (ИМТ=12). Саркопения. Остеопороз.

Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (смешанная на фоне диабетической нейро и висцеропатии, результат перенесенной травмы и операции на копчике и крестце). Хроническая задержка мочи. Хроническая нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести.

Фоновый: ЖКБ: Холецистэктомия от 2013 года. Острый холангит от 2015 года, стентирование холедоха от 2015, 2016 гг.

Сопутствующий: Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Тревожно-диссомнический с-м. Хронический цистит, вне обострения. (К86.1 Другие хронические панкреатиты)

### Состояние при поступлении:

**Жалобы:** - на чередование поноса и запора, преимущественно кашицеобразно-водянистый стул, соответствует кратности съеденной в день пищи, позникает спустя 15-20 минут после употребления пищи.

- Невозможность опорожнить самостоятельно мочевого пузыря;

- Невозможность встать на две ноги и передвигаться;

- Чувство "ползания мурашек" по нижним конечностям, нарушение температурной чувствительности нижних конечностей;

- Повышение уровня сахара в течение суток до 35ммоль/л;

- Трудности в саммобслуживании, выраженная слабость, может самостоятельно сесть, встать самостоятельно не может;

- Снижением памяти, головокружение при активизации и в ортостатическом положении;

- Неусвоение любой принимаемой пищи, после каждого приема пищи в любом виде - стул с фрагментами съеденной пищи;

- Потеря массы тела 40кг за 3 года, питается до 5 раз в день, аппетит сохранен, но пища не усваивается;

**Анамнез заболевания:** Страдает СД 1 типа с 2016 года. Получает инсулины: Туджео 18 ЕД утром, Короткий инсулин 6-8 ЕД п/к.

Считает себя больной с 2021 года, когда в сентября после проведения вакцинации от COVID-19 через 1 мес начала отмечать боли в нижних конечностях, нарушение чувствительности ног, нарушение функции опоры, выраженную слабость. Вес на тот момент был примерно 70кг. С данными жалобами неоднократно обращалась к терапевту, гинекологу, эндокринологу, хирургу, неврологу.

Первое стационарное лечение с сентября 2023 года: Покровская больница - хирургическое лечение о. панкреатита. С сентября 2023 года вес=45кг. После выписки наблюдалась у эндокринолога, невролога.

- Ухудшение с марта 2023 года, когда стала отмечать головокружение, эпизоды синкопе, в связи с падениями получала переломы 2ух коленных чашечек, перелом внутренней лодыжки слева. Падения связывала с нарастающим чувством тяжести в конечностях, трудности с передвижением. В течение 5 мес с марта 2023 года находилась в гипсовой иммобилизации. На этом фоне прогрессировала потеря массы тела, атрофия мышц, нарастала общая слабость, появились сложности с опорой на две ноги и ходьбой. В августе 2023 года повторный эпизод синкопе - падение - перелом копчика.

В сентябре 2023 года проведена ФКС (со слов) ввиду снижения массы тела, эпизодов диареи/запоров. На ФКС органической патологии со слов пациентки не выявили. В процессе исследования получено повреждение копчика. Ноябрь 2023 удаление копчика (оперативно).

Ухудшение от 24.09.2024 когда возникло чувство невозможности опорожнить мочевой пузырь. 24.09.2024 госпитализирована в Ломоносовскую больницу где диагностировано: острый гнойный цистит, осл.

Перитонитом, пациентка переведена в Покровскую больницу 09.10.2024. Диагностировано: нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (смешанный генез на фоне диабетической нейро и висцеропатии), результат перенесенной травмы на копчике и крестце). Хр задержка мочи с развитием о гнойного цистита. Состояние после лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости от 24.09.2024. Была выписана 15.10.2024. Рекомендована терапия на амбулаторном этапе: Креон 75 000 ЕД 3 раза в сутки, канефрон 2 таб 3 раза в сутки нутреин энергии который не усваивала со слов, развивались поносы, тиоктовая кислота 600мг внутрь;

Уч. терапевтом в декабре 2024 года направлена к гастроэнтерологу ММЦ ВТ Белоостров.

Проконсультирована ЛАпинским И.В. Диагностировано: Основное заболевание: (предварительный) (K86.1) Хронический метаболический? билиарнозависимый? аутоиммунный? панкреатит с тяжелой экзокринной недостаточностью.

Неинфекционный энтероколит?

Белоково-энергетическая недостаточность тяжелой степени.

Направлена на госпитализацию в ММЦ ВТ Белоостров. На фоне лечения выражено положительная динамика, диабет компенсирован на фоне терапии инсулиновой помпой, проведена терапия остеопороза, скорректирована белоково-энергетическая недостаточность, набор массы тела 8 кг. Пациентка активизирована, самостоятельно передвигается. Начата ЛФК и реабилитация. Стул полуоформлен 2-3р в сутки.

**Особенности анамнеза:** Перенесенные заболевания и травмы: Полинейропатия н/я генеза

СД 1 типа

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

Хр задержка мочи

- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (смешанный генез на фоне диабетической нейро и висцеропатии), результат перенесенной травмы на копчике и крестце). Хр задержка мочи с развитием о гнойного цистита.

Состояние после лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости от 24.09.2024.

-

- Хронический диффузно-склерозир панкреатит с кальцификатами тотальное поражение без панкреатической гипертензии

Алиментарное истощение на фоне мальабсорбции

Кахексия

Диабетическая полинейропатия

**ТРАВМЫ:** Перелом копчика 2023 год

- Переломы надколенников 2023 год

- Перелом внутренней лодыжки 2023 года

-

Перенесенные операции: О. холецистит, ХЭ 2013 год

О холангит 2015 год, стентирование холедоха 2 крутное;

Дренирование кисты поджелудочной железы 203 год;

Кесарево 2016 год

Гнойный цистит, лапаротомия, 10.24

2 КС

Тонзилэктомия 1999 год

Постоянно принимаемые лекарственные средства: креон 75000 ЕД 3 раза в сутки

инсулин туджео 18 ЕД утром

Акрапид 6-8 ЕД на еду

- тиоктовая кислота 600мг

Аллергоанамнез: неотягощен

Развитие: в развитии от сверстников не отставала

Наследственность: неотягощена.

Условия жизни: удовлетворительные

Условия труда: удовлетворительные

Вредные привычки: отрицает

Гемотрансфузионный анамнез: Гемотрансфузии от сентября 2024 года Эр взвесь

Эпидемиологический анамнез: ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты (В,С), туберкулез, венерические заболевания, малярию отрицает.

За пределы СПб и ЛО за последние 6 месяцев: не выезжал

Со слов пациента, контакт с больным COVID-19- отрицает.

Проведение профилактических прививок согласно национальному календарю (документировать не может, со слов - привит по возрасту)

Корь: нет данных

Эпидемиологическое окружение по месту жительства- без особенностей.

Гемотрансфузии/операции/посещение стоматолога за последние 6 месяцев – отрицает.

Гинекологический анамнез: 2 родов, 2 Кесарево сечения, имеет 2 детей

**Физикальное исследование, лок.статус:** Общее состояние средней степени тяжести, тяжесть состояния обусловлена тяжелой трофологической недостаточностью, белково-энергетической недостаточностью, неконтролируемой гипергликемией, тяжелым диспепсическим синдромом, полинейропатией, нарушении самообслуживания, нейрогенным мочевым пузырем с хр ишурией. Положение минимальная активность в пределах постели. Сособна самостоятельно сесть в постели. Сознание ясное. Кожа чистая, бледная, сухая, температура тела 36,3°C, тургор снижен. Отеков нет. Отсутствие ПЖК. Кахексия. Видимые слизистые: бледно-розовые, нормальной влажности.

Органы дыхания: Грудная кахексическая. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное усиленное, хрипов нет. ЧДД=18 в мин. Сатурация на атмосферном воздухе=98%.

Сердечно-сосудистая система

Органы кровообращения: Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, пульсация периферических сосудов сохранена. ЧСС 80 в минуту. Пульс 80 в мин. ритмичный, симметричный, удовлетворительных качеств. АД=90/60 ммртст.;

Язык чистый, влажный, розовый. Живот впалый, при пальпации мягкий, безболезненный, резистентности нет.

Печень не выступает из под края реберной дуги. Не пальпируется. Перкуторно не увеличена. Селезенка не пальпируется. Перкуторно не увеличена. Стул 3-4 раза в сутки, водянисто-кашицеобразный светло-коричневый, с фрагментами съеденной пищи.

Мочеполовая система

Органы мочеполовой системы: Мочеиспускание: интермиттирующая катетеризация. Ишурия. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Ведется контроль диуреза, вв, выпитого. Контроль стула. Запланирована постановка ЦВК, старт парентерального питания, энтерального питания сипингами.,

**Представление о пациенте:** Пациентка с тяжелым хроническим панкреатитом, с эндокринной и экзокринной недостаточностью, положительная динамика на фоне терапии.

## **Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация:**

### Консультации специалистов:

11.01.2025 Консультация - Уролог.

#### **Диагноз**

Основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина <7.0%. Осложнение: Алиментарное истощение на фоне тяжелого синдрома мальабсорбции. Кахексия (ИМТ=12). Хронический диффузно склерозирующий панкреатит с кальцификатами, тотальное поражение без панкреатической гипертензии. Дренаживание кисты поджелудочной железы 2013 год. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Белково-энергетическая недостаточность. Хроническая нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести. Сопутствующее: ЖКБ: Холецистэктомия от 2013 года (по поводу о. холецистита, осложненного перитонитом). Острый холангит от 2015 года, стентирование холедоха от 2015, 2016 гг. Тонзилэктомия 1999г. (Е10) Сахарный диабет 1 типа  
Осложнение основного заболевания: Инфекция мочевыводящих путей. Бессимптомная бактериурия. Гнойный цистит, осложненный вялотекущим диффузным гнойным перитонитом от 24.09.2024. (N39.0) Инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации

Фоновое заболевание: Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (смешанная на фоне диабетической нейро и висцеропатии, результат перенесенной травмы и операции на копчике и крестце). Хроническая задержка мочи. (N31.2) Нейрогенная слабость мочевого пузыря, не классифицированная в других рубриках

**Представление о пациенте:** Вызов в палату в связи со сливкообразной мочой. Активно жалобы не предъявляет.

Рекомендовано: Контрль анализов корви (клинический анализ крови + СРБ). Контроль общего анализа мочи и посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.

КТ Мочевыделительной системы с внутривенным контрастированием (обязательно наличие отсроченной фазы - исключение затека из мочевого пузыря)

Ввиду наличия в анамнезе вялотекущего гнойного цистита, рекомендована:

Империическая антибактериальная терапия: Амоксициллин + клавулановая кислота 1000+200мг, 3 раза в день(до получения

результатов бак. посева.

Консультация клинического фармаколога.

Канефрон Н по 2 драже 3 раза в день, 1 месяц. (Либо замена на канефрон в растворе 50 капель 3 раза в сутки)

Повторная консультация уролога по результатам обследования.

#### 14.01.2025 Консультация - Невролог.

##### Диагноз

Основное заболевание: Полинейропатия смешанного генеза (дисметаболическая, дисциркуляторная) с нижним парапарезом, нарушением функции тазовых органов, сенсорными нарушениями в нижних конечностях и дистальных отделах верхних конечностей. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. (G63.2) Диабетическая полинейропатия при болезнях (E10-E14+ с общим четвертым знаком .4)

**Представление о пациенте:** Пациентка с декомпенсацией сахарного диабета, алиментарным истощением, очагом хронической инфекции. На момент осмотра в неврологическом статусе имеют места явления полинейропатии. Учитывая тяжесть полинейропатии, а также слабopоложительный эффект от лечения планируется дообследование в виде ЭНМГ нижних конечностей, МРТ ПОП, ГОП. К терапии: скорректирована нейропротективная терапия. Рекомендовано белковое питание с целью восполнения белково-энергетического обмена, наращивания мышечной массы, мероприятия реабилитации.

##### Назначения и рекомендации

*Рекомендации:* консультация врача ЛФК, ФЛП, нормализация уровня гликемии

повторная консультация невролога после дообследования

консультация вестибулолога

*Медикаментозное лечение:* Ипидокрин 1.0 п/к 1 раз в день 2 недели. Габапентин 300 мг 1 таб на ночь длительно

Продолжить ранее инициированную терапию, т. Бетагистин 24 мг 1 таб. 2 раза в день, длительно

#### 16.01.2025 ЛФК.

##### Диагноз

Основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина <7.0%. Осложнение: Алиментарное истощение на фоне тяжелого синдрома мальабсорбции. Кахексия (ИМТ=12). Хронический диффузно склерозирующий панкреатит с кальцификатами, тотальное поражение без панкреатической гипертензии. Дренажное кисты поджелудочной железы 2013 год. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (смешанная на фоне диабетической нейро и висцеропатии, результат перенесенной травмы и операции на копчике и крестце). Хроническая задержка мочи. Гнойный цистит, осложненный вялотекущим диффузным гнойным перитонитом от 24.09.2024. Белково-энергетическая недостаточность. Хроническая нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести. Сопутствующее: ЖКБ: Холецистэктомия от 2013 года (по поводу о. холецистита, осложненного перитонитом). Острый холангит от 2015 года, стентирование холедоха от 2015, 2016 гг. Тонзилэктомия 1999г. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство. Тревожно-диссомнический с-м. (E10) Сахарный диабет 1 типа

**Представление о пациенте:** Принята с целью разработки программы ЛФК, по направлению от лечащего врача. В связи с вышеописанными жалобами, осмотром и диагнозом, принято решение назначить курс ЛФК по описанной в рекомендациях методике, для купирования болевого компонента, улучшения кровоснабжения, восстановления функции. Абсолютных противопоказаний нет.

*Рекомендации:* ЛФК ежедневно

#### 16.01.2025 Консультация - Невролог.

##### Диагноз

Основное заболевание: Дисметаболическая полинейропатия, сенсо-моторная форма вследствие тяжелого синдрома

мальабсорбции сахарного диабета. Синдром беспокойных ног. (G62) Другие полинейропатии

**Представление о пациенте:** Для купирования болевого синдрома необходимо назначить:

- прамипексол 12,5 мг. на ночь в течение трех дней с дальнейшей оценкой эффекта. При недостаточности эффекта через три дня увеличить дозу прамипексола до 25 мг на ночь.

- Таб. прегабалина по 75 мг на ночь.

К основному лечению добавить витамины группы В, L-карнитин внутривенно, капельно.

##### Назначения и рекомендации

*Рекомендации:* МРТ ГМ (исключить очаги лейкоареоза).

Выполнить рекомендации невролога от 14.01.2025 г.

*Медикаментозное лечение:* Для купирования болевого синдрома необходимо назначить:

- прамипексол 12,5 мг. на ночь в течение трех дней с дальнейшей оценкой эффекта. При недостаточности эффекта через три дня увеличить дозу прамипексола до 25 мг на ночь.

- Таб. прегабалина по 75 мг на ночь.

К основному лечению добавить витамины группы В, L-карнитин внутривенно, капельно.

#### 22.01.2025 ЛФК.

##### Диагноз

Основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина <7.0%. Осложнение:

Алиментарное истощение на фоне тяжелого синдрома мальабсорбции. Кахексия (ИМТ=12). Саркопения Хронический диффузно

склерозирующий панкреатит с кальцификатами, тотальное поражение без панкреатической гипертензии. Дренажное кисты

поджелудочной железы 2013 год. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

(смешанная на фоне диабетической нейро и висцеропатии, результат перенесенной травмы и операции на копчике и крестце).

Хроническая задержка мочи. Гнойный цистит, осложненный вялотекущим диффузным гнойным перитонитом от 24.09.2024.

Белково-энергетическая недостаточность. Хроническая нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести.

Сопутствующее: ЖКБ: Холецистэктомия от 2013 года (по поводу о. холецистита, осложненного перитонитом). Острый холангит

от 2015 года, стентирование холедоха от 2015, 2016 гг. Тонзилэктомия 1999г. Смешанное тревожное и депрессивное

расстройство. Тревожно-диссомнический с-м. (E10) Сахарный диабет 1 типа

**Представление о пациенте:** Принята с целью разработки программы ЛФК, по направлению от лечащего врача. В связи с вышеописанными жалобами, осмотром и диагнозом, принято решение назначить курс ЛФК по описанной в рекомендациях методике, для купирования болевого компонента, улучшения кровоснабжения, восстановления функции. Абсолютных противопоказаний нет.

*Рекомендации:* ЛФК и массаж нижних конечностей, ежедневно

## 29.01.2025 Консультация - Диетолог.

### Диагноз

Основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина <7.0%. Осложнение: Алиментарное истощение на фоне тяжелого синдрома мальабсорбции. Кахексия (ИМТ=12). Саркопения Хронический диффузно склерозирующий панкреатит с кальцификатами, тотальное поражение без панкреатической гипертензии. Дренажное кисты поджелудочной железы 2013 год. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (смешанная на фоне диабетической нейро- и висцеропатии, результат перенесенной травмы и операции на копчике и крестце). Хроническая задержка мочи. Гнойный цистит, осложненный вялотекущим диффузным гнойным перитонитом от 24.09.2024. Белково-энергетическая недостаточность. Хроническая нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести. Сопутствующее: ЖКБ: Холецистэктомия от 2013 года (по поводу о. холецистита, осложненного перитонитом). Острый холангит от 2015 года, стентирование холедоха от 2015, 2016 г. Тонзилэктомия 1999г. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство. Тревожно-диссомнический с-м. (E10) Сахарный диабет 1 типа

**Представление о пациенте:** Учитывая тяжелое течение основного заболевания, алиментарное истощение, наличие остеосаркопии, пациентке требуются расчет калорийности и БЖУ, дополнительная дотация белка с пищей, рекомендации по составлению сбалансированного рациона. Также с учетом постановки инсулиновой помпы пациентке необходимо провести обучение по расчету ХЕ.

### Назначения и рекомендации

*Рекомендации:* Цели коррекции рациона:

- профилактика прогрессирования кахексии и остеосаркопии;
- обеспечение достаточной дотации энергии и белка с пищей;
- коррекция метаболических изменений: углеводного и белкового.

Общие рекомендации по составлению ежедневного рациона:

1. Рекомендуемая суточная калорийность рациона не менее 2000 ккал. Белки - 80 г, жиры - 60 г, углеводы - 250 г.

2. Режим питания - 6 раз в сутки, небольшими порциями.

3. Каждый прием пищи обязательно должен включать:

- чистый белок не менее 20 г белка на основной прием пищи (например, мясо, рыба, курица, яйца, творог, соевый/овощной белок, белковый напиток);
- источники медленноусвояемых углеводов (крупы цельнозерновые, макароны из твердых сортов пшеницы, хлеб с отрубями/цельнозерновой);
- источники животных (масло сливочное 5 г/сутки, сыр, сливки) и растительных жиров (нерафинированные растительные масла – кунжутное, оливковое, подсолнечное – 2 ст.л. в сутки, орехи, льняные семена, авокадо).

4. Для профилактики прогрессирования кахексии и остеосаркопии рекомендуется:

1) Особое внимание уделять количеству потребляемого белка (не менее 60 г абсолютного белка из пищи!)

Например, 100 г творога (содержит 16 г белка), 100 г куриной грудки (20 г белка), 1 яйцо категории С1 (6 г белка), также 30 г адыгейского сыра, содержат 5 г белка. ИТОГО – 54 г.

1-2 раза в неделю рекомендуется вводить в рацион растительный белок по 1-2 ст.л. (чечевица, разные виды фасоли, стручковая фасоль, маш, нут, горох, отварной зеленый горошек, пюре из гороха или фасоли, хумус).

2) Добавить прием высококалорийных специализированных смесей: Пептамен по 12 ложек размешивать в 425 мл воды = 500 ккал и 26,4 г белка. Можно заменять один полноценный прием пищи или в течение дня вмешивать 12 ложек в теплые блюда. Далее через 14 дней переход на жидкие белковые смеси: Nestle resource протеин по 200 мл - в день по 1-3 бутылочки, в качестве перекуса, например, вначале съесть овощной салат или фрукт, а затем выпить смесь.

Расчет белка и калорийности можно производить в приложении «Мой здоровый рацион»

3) Обогащать рацион источниками кальция (1200 - 1500 мг/сут).

- В сутки рекомендуется потреблять минимум 3 порции кисломолочных продуктов.

Пример одной порции: 125 г натурального йогурта или 200-250 мл молока, 100 г творога, или 50 г белого сыра.

Натуральные кисломолочные продукты лучше покупать 2-5% жирности, сметану до 10% жирности, молоко 1,5% жирности.

- Также, ежедневно потреблять 1 ч.л. кунжутного семени (желательно его растолочь и добавить в жидкие молочные продукты или каши).

- Разнообразить рацион потреблением шпината, листовой зелени, различных семян, орехов и бобовых.

5. Общее количество углеводов должно составить не менее 25-30 ХЕ в сутки.

- Рекомендуется включить цельнозерновые крупы (долгой варки от 20 минут, например, бурый рис, булгур, киноа, сорго, гречка, амарант, просо и т.д.) или, если в рационе отсутствуют крупы, желателно употреблять цельнозерновой хлеб 1-2 раза в сутки.

- Исключить употребление продуктов из рафинированной (белой) муки с добавлением жиров и сахаров, не требующих варки хлопьев и готовых завтраков.

- Исключить продукты с высоким гликемическим индексом, жидкие фруктовые соки, сладкие напитки, фруктовые пюре, кондитерские изделия и т.д.

- Фрукты также относятся к углеводам. В качестве сладкого отдавать предпочтение сезонным фруктам и ягодам. Примерная порция фруктов: порция размером с кулак (не более 2 порций в день).

- Рекомендовано включение в рацион достаточного количества овощей (разные виды капусты, сельдерея, огурцы, баклажаны, кабачки, брокколи, руккола, шпинат, кресссалат, салат романо, свекольная ботва, зелень, помидоры, красный сладкий перец, морковь свежая, спаржа, лук), различной листовой зелени, салатов. Рекомендуемое потребление овощей не менее 400-500 г в сутки

Общие рекомендации:

- Организовать посещение школы для пациентов с СД 1 типа;
- Соблюдать все рекомендации лечащего врача;
- Ежедневное мониторирование глюкозы крови;
- Контроль показателей крови через 3 месяца для оценки нутритивного статуса: общий анализ крови, общий белок, альбумин,

трансферрин, ретинол-связывающего белок, кальций общий и ионизированный, витамин D, витамина B12, фолиевая кислота, магний, цинк.

### Инструментальные исследования:

#### 10.01.2025 Рентгенологические исследования.

##### *Протокол:*

На обзорных рентгенограммах органов грудной клетки в прямой проекции лежа в ОРИТ легкие расправлены полностью. Инфильтративные изменения в легких убедительно не определяются. Корни легких не расширены, структурны. Легочный рисунок не усилен. Тень средостения расположена срединно. Тень сердца не расширена. Аорта не уплотнена. Куполы диафрагмы ровные, четкие. Жидкость в плевральных полостях не определяется.

Установлен ЦВК справа через сосуды шеи, дистальный конец в проекции ВПВ. Анамнез. Исследование выполнено по назначению лечащего врача.

*Заключение:* Рентген-признаки патологических изменений органов грудной клетки не определяется.

*Динамика:* Исследование выполняется в клинике впервые. Нет данных для сравнения.

#### 21.01.2025 Рентгенологические исследования.

##### *Протокол:*

##### ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнено исследование по оценке минеральной плотности костной ткани:

Поясничный отдел позвоночника

Z-показатель поясничный отдел позвоночника -0,7 что является умеренно низким значением минеральной плотности костной ткани.

TBS поясничного отдела позвоночника не рассчитан-пациент не входит в возрастной референс значений (40-90 лет).

BMD поясничного отдела позвоночника составляет 0,921 что является средним показателем зон устойчивости костей.

Минимальный Z-балл МПТ (скорректированный или нет для ТБС) позиционирует пациента в эквиваленте категории -остеопения.

Окончательное решение относительно диагностических или терапевтических рекомендаций должно включать Z- показатель ,BMD, дополнительные клинические факторы риска, а также клинический контекст пациента.

Анамнез. Исследование выполнено по назначению лечащего врача.

*Заключение:* Выявлено снижение минеральной плотности костной ткани

*Динамика:* Исследование выполняется в клинике впервые. Нет данных для сравнения.

#### 12.01.2025 ВМК УЗИ почек.

##### *Протокол:*

Мочевой пузырь удовлетворительно наполнен, V мочи- 163 мл.

Стенки пузыря неровные, неравномерно утолщены до 0,7 см, четкие.

В просвете определяется взвесь и эхогенный осадок.

Правая почка не увеличена 11,6 x 5,6 см

Почка типично расположена, обычной дыхательной подвижности.

Контуры почки ровные, четкие.

Паренхима повышенной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сглажена, синус неоднородный, толщина паренхиматозного слоя 1,8 см

Чашечно-лоханочная система не расширена.

Конкрементов не выявлено.

Левая почка не увеличена 12,0 x 5,4 см.

Почка типично расположена, обычной дыхательной подвижности.

Контуры почки ровные, четкие.

Паренхима повышенной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сглажена, синус неоднородный, толщина паренхиматозного слоя 1,7 см.

Чашечно-лоханочная система не расширена.

Конкрементов не выявлено.

*Заключение:* Диффузные изменения паренхимы обеих почек. Утолщение стенок, взвесь, осадок в просвете мочевого пузыря.

*Динамика:* Нет данных для сравнения

#### 13.01.2025 Компьютерная томография.

##### *Протокол:*

При МСКТ органов брюшной полости и малого таза, выполненной по стандартной программе с внутривенным болюсным контрастированием, отмечается:

- печень не увеличена, с четкими контурами, однородной структуры, обычной плотности +50..+65HU, контрастирование паренхимы однородное. Печеночные вены, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена не расширена. Желчный пузырь удален.
- поджелудочная железа небольших размеров, неоднородной структуры за счет выраженной неравномерной кальцификации паренхимы в области головки, перешейка и тела, контрастирование паренхимы равномерное, парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована, вирсунгов проток не расширен.
- селезенка не увеличена, однородной структуры, селезеночная вена не расширена.
- надпочечники не изменены.
- почки обычного расположения, структуры, с четкими контурами, паренхима достаточной толщины, неоднородная за счет жидкостного образования в срдней трети правой почки размерами 9x11мм, рентгенконтрастных конкрементов в мочевыводящих путях не определяется, выделительная система не расширена.
- свободной жидкости, увеличенных лимфатических узлов в зоне сканирования не определяется

- мочевого пузыря умеренного наполнения, стенка неравномерно утолщена, содержимое пузыря гомогенное, с уровнем "газ-жидкость".

- брюшной отдел аорты без особенностей

- костных деструктивных изменений не выявлено, дистрофические изменения позвоночника в зоне сканирования Анамнез.

**Заключение:** Состояние после холецистэктомии. КТ-картина хронического калькулезного панкреатита. Киста правой почки (Bosniak I). Интравезикально газ (в анамнезе инструментальные исследования?эмфизематозный цистит?).

**Динамика:** .

15.01.2025 **ВТ БУ ФГДС+ФКС (60 мин.).**

**Протокол:**

Аппарат проведен за глоточное кольцо: свободно, грушевидные синусы, голосовая щель, складки, визуально не изменены.

Пищевод проходим, просвет округлой формы, содержимое пищевода: нет.

Слизистая оболочка пищевода: гладкая, розовая, эластичная на всем протяжении.

Z - линия симметричная на уровне основания кардиальных складок, на 40 см от резцов, хиатальное сужение на 40 см от резцов.

Кардиальный жом плотно смыкается.

Желудок правильного строения, складки эластичные, полностью расправимы при инсuffляции воздухом, содержимое прозрачный пенистый секрет с примесью желчи частично отмыто, эвакуировано.

Слизистая оболочка желудка умеренно гиперемированная, отечная.

Привратник округлой формы, сомкнут, свободно проходим . Рефлюкс желчи: нет

Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы, содержимое - прозрачный слизистый секрет.

Слизистая оболочка в ЛДПК бархатистая, бледно-розовая.

Постбульбарный отдел складчатость сохранена, складки среднего калибра, слизистая бледно-розовая, бархатистая без дефектов в просвете следы желчи.

Выполнена биопсия на целиакию: Флакон№1 - 4 фрагмента из залуковичного отдела. Флакон№2 - 2 фрагмента из луковицы ДПК.

Большой дуоденальный сосочек (Фатеров сосочек): не увеличен, в зоне БДС без патологии.

**Заключение:** Эритематозная гастропатия. Биопсия на целиакию. Окончательный диагноз по результату гистологического исследования.

15.01.2025 **Видеоколоноскопия.**

**Протокол:**

В подгужнике визкально определяются каловые массы. Проведение колоноскопа по прямой кишке затруднено за счет плохой визуализации из-за большого количества каловых масс. Исследование завершено.

**Заключение:** Плохая подготовка. Исследование неинформативно.

21.01.2025 **Рентгенография локтевой кости и лучевой кости в 1 проекции.**

**Протокол:**

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнено исследование по оценке минеральной плотности костной ткани :

правый лучезапястный сустав

Z-показатель правый лучезапястный сустав составляет -1,5 что является умеренно низким значением минеральной плотности костной ткани

BMD правого лучезапястного сустава составляет 0.731 что является умеренно низким показателем зон устойчивости костей.

Минимальный Z-балл позиционирует пациента в эквиваленте категории -остеопения

Окончательное решение относительно диагностических или терапевтических рекомендаций должно включать BMD, T-показатель ,дополнительные клинические факторы риска, а также клинический контекст пациента. Анамнез. Исследование выполнено по назначению лечащего врача.

**Заключение:** Выявлено снижение минеральной плотности костной ткани

**Динамика:** Исследование выполняется в клинике впервые. Нет данных для сравнения.

21.01.2025 **Рентгенография тазобедренного сустава (в одной проекции).**

**Протокол:**

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнено исследование по оценке минеральной плотности костной ткани:

Левый тазобедренный сустав (проксимальный отдел бедренной кости)

Z-показатель левый тазобедренный сустав -2,9 что является низким значением минеральной плотности костной ткани

BMD левый тазобедренный сустав составляет 0,592 что является низким показателем зон устойчивости костей.

Минимальный Z-балл МПТ (скорректированный или нет для ТБС) позиционирует пациента в эквиваленте категории -остеопороз FRAX\* H а о с н о в е BMD ш е й к и б е д р а : Б е д р е н н а я к о с т ь ( Л е в о )-не рассчитан,пациент не входит в референс значения(40-90 лет).

Окончательное решение относительно диагностических или терапевтических рекомендаций должно включать BMD, Z-показатель ,дополнительные клинические факторы риска, а также клинический контекст пациента.

Анамнез. Исследование выполнено по назначению лечащего врача.

**Заключение:** Выявлено снижение минеральной плотности костной ткани

**Динамика:** Исследование выполняется в клинике впервые. Нет данных для сравнения.

23.01.2025 **Видеоколоноскопия (в том числе: взятие биопсии при эндоскопических манипуляциях - не более 5 локализаций).**

**Протокол:**

Исследование выполнено под в/в наркозом. Периаанальная кожа не изменена. При пальцевом исследовании тонус сфинктера прямой кишки нормальный. Нависания передней стенки прямой кишки, болезненности не выявлено. Наружные геморроидальные узлы не увеличены. К концу исследования на пеленке густая желатиноподобная прозрачная зеленоватая слизь.

Колоноскоп, не применяя функцию изменяющейся жесткости и без помощи ручного пособия, проведен в терминальный отдел подвздошной кишки. Просвет её нормальный. Слизистая оболочка осмотрена на протяжении 10 см, на стенках выяское тонкокишечное содержимое с фрагментами клетчатки, на доступных осмотру участках розовая, блестящая, бархатистая. На стенках вязкое слизистое и зеленоватое тонкокишечное содержимое с фрагментами клетчатки.

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки.



Кишка недостаточно хорошо подготовлена (1/1/1/2 -4 балла по Бостонской шкале), в просвете кишки остаточная непрозрачная зеленая жидкость и вязкая слизь с фрагментами клетчатки, включениями жира, затрудняющая осмотр.

Просвет толстой кишки на всем протяжении свободно проходим, гаустрация соответствует отделам, тонус кишки нормальный, перистальтика выражена хорошо. Сосудистый рисунок толстой кишки на доступных осмотрах участков выражен. Спонтанная и контактная кровоточивость отсутствует.

Баугиниева заслонка губовидная. Устье её сомкнуто, ориентировано в просвет восходящей ободочной кишки. В слепой кишке слизистая оболочка на доступных осмотрах участков гладкая, розовая, блестящая, устье червеобразного отростка щелевидной формы.

Ободочная кишка обычно сформирована, имеет острые печёночный и селезёночный углы. Слизистая оболочка ободочной кишки на доступных осмотрах участков гладкая, розовая, блестящая.

Сигмовидная кишка в нижней трети (на 21 см от анокутанной линии) с сужением просвета (за счет спаечного процесса и фиксации? сдавления извне?), проходима для колоноскопа.

Слизистая оболочка сигмовидной кишки на доступных осмотрах участках гладкая, розовая, блестящая.

Слизистая оболочка прямой кишки гладкая, розовая, блестящая. При осмотре в положении ретрофлексии: внутренние геморроидальные узлы слегка увеличены, без признаков тромбоза и кровотечения. Венозные коллатерали прямой кишки не расширены.

По назначению лечащего врача выполнена множественная биопсия по протоколу ВЗК:

Флакон №1 - терминальный отдел подвздошной кишки (неизменная слизистая) - 2 фрагмента

Флакон №2 - слепая кишка (неизменная слизистая) - 2 фрагмента

Флакон №3 - восходящая ободочная кишка (неизменная слизистая) - 2 фрагмента

Флакон №4 - поперечная ободочная кишка (неизменная слизистая) - 2 фрагмента

Флакон №5 - нисходящая ободочная кишка (неизменная слизистая) - 2 фрагмента

Флакон №6 - сигмовидная кишка (неизменная слизистая) - 2 фрагмента

Флакон №7 - прямая кишка (неизменная слизистая) - 2 фрагмента

**Заключение:** Плохая подготовка. Сужение просвета нижней трети сигмовидной кишки (из-за фиксации спаечным процессом? сдавления извне?). Внутренний неосложненный геморрой.

#### 24.01.2025 Диагностика Функциональная диагностика.

Протокол:

???, ????????

?????:

?????, ?????? n. Tibialis D et S, n. Peroneus D et S

????, ?????? nn. Peroneus prof. D et S, n. Suralis D et S

???? : mm. Tibialis anterior D et S, Gastrocnemius S, Vastus lateralis D et S,

nn. Tibialis D et S: ???? m. Abd hallucis ?-??? (???? 100??, 0,5??), ?????, ????? (?? 0,6??) ?????? 1????.

nn. Peroneus D et S: ????? mm. Extensor digitorum brevis, ?-???? (???? 100??, 0,5??), ????? m. Tibialis anterior ?-? (0,8-1,8??)

nn. Peroneus D et S: ?????

mm. Tibialis anterior D et S ????+, ???? (???? 70%).

Vastus lateralis D et S ?????

**Заключение:** Признаки резко выраженного, сенсо-моторного, вторично аксонального поражения нервов нижних конечностей. С mm Gastrocnemius S, Vastus lateralis D et S ПДЕ не получены. В mm. Tibialis anterior D et S паттерн разреженный, активный денервационно-гипофизический процесс (наличие ПФ и ПОВ), но выделены ПДЕ.

#### 24.01.2025 Диагностика Функциональная диагностика.

Протокол:

???, ????????

?????:

?????, ?????? n. Tibialis D et S, n. Peroneus D et S

????, ?????? nn. Peroneus prof. D et S, n. Suralis D et S

???? : mm. Tibialis anterior D et S, Gastrocnemius S, Vastus lateralis D et S,

nn. Tibialis D et S: ???? m. Abd hallucis ?-??? (???? 100??, 0,5??), ?????, ????? (?? 0,6??) ?????? 1????.

nn. Peroneus D et S: ????? mm. Extensor digitorum brevis, ?-???? (???? 100??, 0,5??), ????? m. Tibialis anterior ?-? (0,8-1,8??)

nn. Peroneus D et S: ?????

mm. Tibialis anterior D et S ????+, ???? (???? 70%).

Vastus lateralis D et S ?????

**Заключение:** Признаки резко выраженного, сенсо-моторного, вторично аксонального поражения нервов нижних конечностей. С

mm Gastrocnemius S, Vastus lateralis D et S ПДЕ не получены. В mm. Tibialis anterior D et S паттерн разреженный, активный денервационно-гипорофический процесс (наличие ПФ и ПОВ), но выделены ПДЕ.

01.02.2025 **Эхокардиография \ Эхокардиография расширенный протокол (тканевая доплерография).**

Протокол:

ИЗМЕРЕНИЯ:

Рост: 176 см Вес: 45 кг ЧСС: 90 уд/мин BSA: 1,54 кв.м

Магистральные сосуды:

Аорта на уровне синусов - 34 мм, восходящая - 35 мм, на уровне дуги - 27 мм;

Ствол легочной артерии - 21 мм;

НПВ - 15 мм, коллабирует на вдохе более 50 %;

Расчетное систолическое давление в ЛА - 25 мм. рт. ст.

Simpson: КДО: 71 мл КСО: 25 мл УО: 46 мл ФВ: 64,8 %

УИ: 29,9 мл/м<sup>2</sup> МОС: 4,1 л/мин СИ: 2,7 л/мин/м<sup>2</sup>

Индекс КДО: 46,16 мл/кв.м Индекс КСО: 16,25 мл/кв.м

TAPSE, мм: 21;

Диастолическая функция

E, см/сек: 78

A, см/сек: 58

E//A: 1,34

DT, мсек: 187

Тип диастолической дисфункции: Не нарушена

Сократительная способность миокарда: Удовлетворительная, нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено

Перикард: Расхождение листков перикарда в диастолу за ЛЖ - до 5 мм, за ЛП - до 5 мм, за ПЖ - до 5 мм, за ПП - до 5 мм

**ДОППЛЕРОГРАФИЯ**

Дополнительные данные:

Ритм - синусовая тахикардия Магистральные сосуды. Аорта на уровне синусов - 34 мм, восходящая - 35 мм, на уровне дуги - 27 мм; Ствол легочной артерии - 21 мм; НПВ - 15 мм, коллабирует на вдохе более 50 %; Расчетное систолическое давление в ЛА - 25 мм. рт. ст.

способность миокарда. Удовлетворительная, нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено

Расхождение листков перикарда в диастолу за ЛЖ - до 5 мм, за ЛП - до 5 мм, за ПЖ - до 5 мм, за ПП - до 5 мм

**Заключение:** ЛЖ не увеличен. Миокард не утолщен. Индекс массы миокарда не повышен. ОТС -0.42 Зон локальных нарушений сократимости не выявлено. Глобальная сократимость не нарушена. Релаксация не нарушена ЛП не увеличено. ИОЛП 28 Аорта не расширена. Стенки не изменены Полулуния не изменены, кровоток не нарушен. Створки митрального клапана слегка утолщены по типу миксоматозной дегенерации, пролапс передней створки в полость ЛП на 0,4 см. Приклапанная регургитация Правые отделы сердца не расширены Трикуспидальный и пульмональный клапаны не изменены Физиологическая трикуспидальная регургитация. Давление в ЛА не повышено ( 25 мм рт ст) НПВ не расширена, коллабирует на вдохе более 50% МПП в средней/3 истончена, убедительных данных за сброс крови не получено Расхождение листков перикарда в диастолу за ЛЖ - до 5 мм, за ЛП - до 5 мм, за ПЖ - до 5 мм, за ПП - до 5 мм

**Динамика:** Исследование выполняется в клинике впервые. Нет данных для сравнения.

01.02.2025 **Снятие и расшифровка ЭКГ в покое.**

Протокол:

Ритм: Синусовый

ЭОС: Отклонение влево

Вольтаж: Нормальный

Частота сокращений: 86 в 1 мин.

Интервал P: сек.

Интервал PQ (сек): 0,15 сек.

Интервал QRS (сек): 0,10 сек.

Интервал QT: 0,37 сек.

Интервал QT(c): 0,42 сек.

**Заключение:** ЭКГ 31.01.2025 21:52 Ритм синусовый с ЧСС - 86 уд. в мин. Отклонение влево электрической оси сердца. Признаки увеличения левого предсердия. Фиброзные (очаговые ?) изменения передне-перегородочной области левого желудочка (QS V1-V2). Нарушения реполяризации высоких боковых отделов левого желудочка (сглаженный з.Т I, слабоотрицательный з.Т aVL).

**Динамика:** Исследование выполнено в клинике впервые.

**Лабораторные исследования:**

**Биохимический анализ крови**

Параметр	Норма	10.01.2025	11.01.2025	12.01.2025	21.01.2025	25.01.2025	28.01.2025
Витамин D 25(OH), нг/мл		6.01			9.86		
Белок общий/Total Protein, г/л	66-83	61.4					
Альбумин, г/л/ Albumin, g/l	35-52	31					
Мочевина/Urea Nitrogen, ммоль/л	2.8-7.2	2.6					
Креатинин/Creatinine, мкмоль/л	58-96	45.4					
Мочевая кислота/Uric Acid, мкмоль/л	208.3-428.4	190.1					

Глюкоза/Glucose, ммоль/л	3.9-6.4	24.2				
Билирубин прямой (мкмоль/л)	<3.4	2.2				
Билирубин общий/Total Bilirubin, мкмоль/л	5-21	11.7				
Холестерин/Cholesterol, ммоль/л (mmol / l)	<5.2	2.87				
Триглицериды/Triglyceride ммоль/л (mmol / l)	<2.26	1.45				
Холестерин ЛПВП, ммоль/л / HDL cholesterol, mmol / l	1.03-1.55	1.27				
Холестерин ЛПНП, ммоль/л / LDL cholesterol, mmol / dL	<2.6	1.56				
Аланинаминотрансфераза (АЛТ)/SGPT, Alanine aminotransferase, Ед/л	<35	26.8				
Аспаратаминотрансфераза (АСТ)/AST, SGOT, Aspartate aminotransferase, Ед/л	<35	83.8				
К+, ммоль/л (mmol / l)	3.5-5.1	4.27	3.78	4.22		
Хлор (Электролиты)	98-106	94.2				
Кальций общий, Ммоль/л	2.2-2.65	2.18				
Фосфор, ммоль/л	0.81-1.45	1.25				
Магний/Magnesium, ммоль/л	0.77-1.03	0.62				
ОЖСС, мкмоль/л	44.8-80.6	36				
Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) /Gamma-Glutamyl Transferase , Ед/л	<38	122.7				
Трансферрин/Transferrin, г/л	2-3.6	1.55				
Железо сыворот/Iron, мкмоль/л	10.7-32.2	8.8				
ЛДГ, Ед/л (U/L)	<247	172.7				
Амилаза/Amylase, u/l	25-100	30.9				
Креатинкиназа, Ед/л	<190	24				
Креатинфосфокиназа	<190	24				
Витамин В12, пг/мл	180-916	880.45				
Фолиевая кислота/Folic acid, нг/мл	3.2-19.6	9.6				
Липаза/Lipase, Ед/л	<67	1				
Амилаза панкреатическая/Pancreatic Amylase, Ед/мл	13-53	2.7				
Гликозилированный гемоглобин/Glycated hemoglobin, %	4-6	11.4				
Коэффициент атерогенности/Atherogenicity index	2.2-3.5	1,26				
Холестерин ЛПОНП, ммоль/л / VLDL cholesterol, mmol / l	0.26-1.04	0,66				
СРБ (CRP ), мг/л	<5	3		3.43	6.72	<2.00
Ферритин/Ferritin, нг/мл	10-120	963				
Ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки (НЖСС) (БХА)	27.8-63.6	27.3				
СКФ (СКД-ЕРП), мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>	60-250	120				
Na+, ммоль/л (mmol / l)	135-146	132.1	134.9	137.0		

#### Гематологические исследования

Параметр	Норма	10.01.2025	12.01.2025	21.01.2025	25.01.2025	28.01.2025
Лейкоциты (WBC) 10 <sup>9</sup> /L	4-10	7,18	6,82	5,43	2,66	4,45
Эритроциты (RBC) 10 <sup>12</sup> /L	3.8-5.1	3,53	3,10	2,95	3,04	3,07
Гемоглобин (HGB) г/л	117-155	112	99	94	97	99
Гематокрит (HCT) %	35-45	32,7	28,7	28,1	29,4	29,6
Тромбоциты (PLT) 10 <sup>9</sup> /L	150-400	302	233	246	304	353

Тромбокрит (PCT) %	0.11-0.28	0,257	0,200	0,199	0,225	0,275
Средний объем эритроцита (MCV) мкме <sup>3</sup>	81-100	92,7	92,6	95,2	96,8	96,4
Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH) pg	27-34	31,6	31,9	31,9	31,9	32,0
Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC)	30-38	34,3	34,5	33,5	33,0	33,4
Ширина распр. эритроцитов по объему (RDW) %	11.6-14.8	15,7	16,0	16,4	16,7	16,4
Средний объем тромбоцита (MPV) мкме <sup>3</sup>	9.4-12.4	8,5	8,6	8,1	7,4	7,8
Ширина распр. тромбоцитов по объему (PDW) %	10-22	15,7	15,7	15,5	15,3	15,4
Сегментоядерные/segmented %	47-72				55	35
Палочкоядерные/sticks %	1-6				8	3
Лимфоциты/ lymphocytes %	19-37	28,6	30,3	32,5	21	44
Моноциты/monocytes %	3-12				5	7
Эозинофилы/ eosinophils %	1-5	1,7	1,6	5,0	9	9
Базофилы/ basophils %	0-1.2	0,9	0,6	1,4	1	2
Миелоциты%	0-0				1	
Эозинофилы абс/ eosinophils abs.	0-0.3				0.2	0.4
Базофилы абс/ basophils abs.	0-0.08	0,06	0,04	0,08	0	0.1
Нейтрофилы абс/ neutrophils abs.	2-5.8				1.7	1.7
Моноциты абс./ monocytes abs.	0.1-0.6				0.1	0.3
Лимфоциты абс/ lymphocytes abs.	1.2-3				0.6	2
Анизоцитоз				1	1	
Микроцитоз						1
Гипохромия						1
Моноциты абс	0.05-0.82	0,25	0,31	0,36		
Моноциты %	3-12	3,5	4,6	6,6		
Эозинофилы/ eosinophils %	1-5	1,7	1,6	5,0	9	9
Базофилы/ basophils %	0-1.2	0,9	0,6	1,4	1	2
Нейтрофилы/ neutrophils %	47-72	65,3	62,9	54,5		
Эозинофилы абс/ eosinophils abs.	0.02-0.5	0,12	0,11	0,27		
Базофилы абс/ basophils abs.	0-0.08	0,06	0,04	0,08	0	0.1
Лимфоциты абс/ lymphocytes abs.	1-4.8	2,05	2,07	1,76		
Нейтрофилы абс/ neutrophils abs.	2-5.8	4,70	4,29	2,96		
СОЭ мм/ч/ESR mm/h	<20	51	46	60	58	37

#### Гемостаз

Параметр	Норма	10.01.2025
Протромбин по Квику, %/ Protrombin time, %	70-130	94
Тромбиновое время, сек / Trombin time (sec)	14-21	17.2
АЧТВ, сек /APPT (sec)	28-42	34.8
МНО, индекс / International Normalized Ratio (index)	0.9-1.25	1.03
Фибриноген (г/л) / Fibrinogen (g/l)	2-4	3.74

#### Инфекции

Параметр	Норма	11.01.2025
Сифилис (антитела к Treponema pallidum)	отрицательн о	0.08
Anti-HCV (антитела к вирусу гепатита С)	отрицательн о	0.08
HIV Ag/Ab (АГ р24 ВИЧ и АТ к ВИЧ 1 типа и/или 2)	отрицательн о	0.13
HBsAgкачеств	отрицательн	0.01

	о	
Сифилис (антитела к <i>Treponema pallidum</i> )	отрицательн о	0.08
HBsAgкачеств	отрицательн о	0.01
HIV Ag/Ab (АГ р24 ВИЧ и АТ к ВИЧ 1 типа и/или 2)	отрицательн о	0.13
Anti-HCV (антитела к вирусу гепатита С)	отрицательн о	0.08

#### ИФА

Параметр	Норма	11.01.2025
Кальпротектин в кале	<80	19

#### ИХГ

Параметр	Норма	23.01.2025
<i>C.difficile</i> токсин А	отрицательн о	Отрицательно
<i>C.difficile</i> токсин В	отрицательн о	Отрицательно
Комментарий (ИХГ)		Клостридий диффициле глутаматдегидоганазы- ПОЛОЖИТЕЛЬНО

#### Клинические исследования мочи

Параметр	Норма	10.01.2025	11.01.2025
Цвет / Color	Желтый/Yellow	Желтый	Светло-желтый
Прозрачность / Transparency	Прозрачная/transparent	Прозрачная	Слабо-мутная
pH, ед.	4.8-7.5	6.5	5,5
Относительная плотность, г/мл / Relative dens	1.008-1.025	1.016	1,013
Белок, г/л / Protein, g/l	<0.12	Отрицательно	0.2
Глюкоза, ммоль/л / Glucose, mmol/l	(-) отриц./negative	>=55	56ммоль/л
Кетоновые тела, мг/дл / Ketone bodies, mg/dl	(-) отриц./negative	Отрицательно	отрицательно
Реакция на кровь, мг/л	(-) отриц./negative	Отрицательно	
Реакция на кровь, мг/л	<0		0,6
Билирубин, +/- / Bilirubin	(-) отриц./negative	Отрицательно	отрицательно
Уробилиноиды, мкмоль/л / Urobilinogen, mkmol/l	(-) отр./negative <17mkmol/l		отрицательно
Нитриты, +/-	(-) отриц./negative	Положительно	++
Лейкоциты, кл/ мкл	<25	125	500
Эпителий плоский, ед.в п/зр	един вп/зрения/ unit in rare field vie	Отсутствует	<1
Эпителий переходный, ед.в п/зр	ед в препарате/ unit in rare field view	Отсутствует	
Эпителий почечный, ед.в п/зр	(-) Отсутствуют/ not found	Отсутствует	
Эритроциты, ед.в п/зр	ед в редких п/зр/ unit in rare field view	18	8
Цилиндры гиалиновые	(-) Отсутствуют/ not found	Отсутствуют	
Цилиндры восковидные	(-) Отсутствуют/ not found	Отсутствуют	
Лейкоциты в п.зр	<5	707	563
Ураты	(-) Отсутствуют/ not found	Отсутствуют	
Кристаллы мочевой кислоты	(-) Отсутствуют/ not found	Отсутствуют	
Кристаллы оксалата кальция	(-) Отсутствуют	Отсутствуют	

Кристаллы трипельфосфата	т/ not found (-) Отсутствуют	Отсутствуют	
Слизь	(-)/(+/-) Отсутствует/скудное количество/ not found / in a small amount	Отсутствует	+/-
Бактерии	(-) Отсутствуют	+1	+++
Дрожжевые клетки	(-) Отсутствуют	Отсутствуют	
Аморфные фосфаты	(-) Отсутствуют	Отсутствуют	
Уробилиноген (кач.)		Отрицательно	

### КЩС

Параметр	Норма	10.01.2025
Ca++, Ммоль/л	1.13-1.32	1.16

### 10.01.2025 Биохимические исследования

#### Гомоцистеин

Метод и оборудование: Ферментативный колориметрический (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

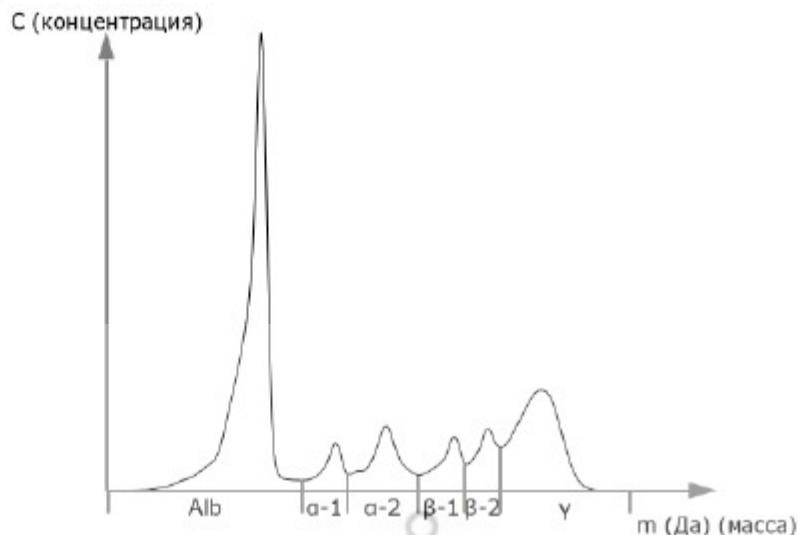
Название/показатель	Результат	Референсные значения
Концентрация	12.89 мкмоль/л	0.00 - 15.00

### Белковые фракции в сыворотке

Метод и оборудование: Капиллярный электрофорез (Capillarys-2 Flex Piercing, SEBIA, Франция)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Альбумин, %	↓ 49.6 %	55.8 - 66.1
Альбумин	↓ 31.7 г/л	35.0 - 52.0
Альфа-1 глобулин, %	4.9 %	2.9 - 4.9
Альфа-1 глобулин	3.1 г/л	
Альфа-2 глобулин, %	9.8 %	7.1 - 11.8
Альфа-2 глобулин	6.3 г/л	
Бета-1 глобулин %	6.40 %	4.70 - 7.20
Бета-1 глобулин	4.10 г/л	
Бета-2 глобулин %	↑ 6.80 %	3.20 - 6.50
Бета-2 глобулин	4.35 г/л	
Гамма-глобулин, %	↑ 22.5 %	11.1 - 18.8
Гамма-глобулин	14.4 г/л	
Общий белок	64.0 г/л	64.0 - 83.0
Альбумин-глобулиновое соотношение	↓ 0.98	1.50 - 2.30

## Электрофорграмма сывороточных протеинов



11.01.2025 Аутоимунная диагностика

Название теста	Единица изм.	Референтные значения	Результат теста
<b>Полное серологическое обследование при целиакии (АЭА, ТТГ, АРА, АГА)</b>			
Антитела к рекомбинантной RU/ml тканевой трансглутаминазе 2 (TG2) класса IgA		<20 RU/ml - антитела не обнаружены	3,03
Антитела к рекомбинантной тканевой трансглутаминазе 2 (TG2) класса IgG	индекс	<1,0 - отрицательный результат, 1,0-2,0 - слабopоложительный результат, 2,0-5,0 - положительный результат, >5,0 высокоположительный результат	0,21
Антитела к дезамидированным пептидам глиадина класса IgA	RU/ml	<25 RU/ml - антитела не обнаружены	4,25
Антитела к дезамидированным пептидам глиадина класса IgG	RU/ml	<25 RU/ml - аутоантитела не обнаружены	0,85
Антитела к ретикулину класса IgA	титр	<10	<10
Антитела к ретикулину класса IgG	титр	<10	<10
Антитела к эндомизию (класса IgA) методом нРИФ	титр	<5	<5

### Комментарий лаборатории

Отрицательный результат теста «Полное серологическое обследование при целиакии» означает отсутствие всех серологических маркеров целиакии и позволяет исключить наличие данного заболевания у обследуемого при условии присутствия глютена в рационе питания на момент анализа (рекомендации Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN, 2019) и клинические рекомендации Союза педиатров России (2016)). Целиакия – иммуноопосредованное системное заболевание, которое возникает в ответ на употребление глютена генетически предрасположенными индивидуумами и характеризуется наличием широкой комбинации глютен-зависимых клинических проявлений, специфических антител (антител к тканевой трансглутаминазе, антител к эндомизию, антител к деамидированным пептидам глиадина), наличием HLA-DQ2 или HLA-DQ8 гаплотипов и энтеропатии. Для оценки наследственной предрасположенности к целиакии рекомендуется проведение генотипирования HLA DQ2/DQ8. При характерной клинической симптоматике (диарея, рвота, хронические боли в животе, вздутие и др.) отсутствие

специфических для целиакии антител не исключает других причин мальабсорбции, включая лактазную недостаточность, синдром бактериального зароста тонкого кишечника, инфекционные и метаболические причины хронической диареи.

Отсутствие антител к рекомбинантной тканевой транглутаминазе 2 человека класса IgA делает диагноз целиакии маловероятным при условии присутствия глютена в рационе обследуемого на момент анализа (рекомендации Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN, 2019) и клинические рекомендации Союза педиатров России (2016)). Редкие случаи ложноотрицательных результатов возможны у лиц с селективным дефицитом IgA и детей в возрасте до 4 лет, в этих случаях рекомендуется тестирование антител к деамидированным пептидам глиадина класса IgG. Основным этиологическим фактором развития целиакии является белковый компонент клейковины некоторых злаковых культур. Токсичными для больных являются растворимые в этаноле белки эндосперма зерна пшеницы (глиадины), ржи (секалины) и ячменя (хордеины), которые объединены в медицинской литературе общим названием «глютен». Взаимодействие генетически предрасположенного организма с глютенем ведет к активации клеточного и гуморального иммунного ответов. Важную роль в модификации пептидов глиадина играет тканевая транглутаминаза 2. Под действием этого фермента в молекуле глиадина формируются отрицательно заряженные эпитопы, что повышает сродство пептидов к соответствующим связывающим участкам молекул DQ2 и DQ8 и способствует прочному соединению HLA молекулы с рецепторами Т-лимфоцитов. Активированные CD4+ Т-лимфоциты продуцируют провоспалительные цитокины повреждающие эпителиоциты слизистой оболочки кишечника, а также стимулируют В-лимфоциты к продукции антител к глиадину, тканевой транглутаминазе 2 и эндомиозию, которые попадают в системную циркуляцию и могут быть выявлены при проведении серологического исследования.

Отсутствие антител к рекомбинантной тканевой транглутаминазе 2 человека класса IgG снижает вероятность диагноза целиакии, результат выявления должен анализироваться совместно с результатами других серологических тестов (рекомендации Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN, 2019) и клинические рекомендации Союза педиатров России (2016)). Рекомендовано проведение серологической диагностики до назначения лечебной диеты, на фоне употребления обычного количества глютеносодержащих продуктов. Ограничение или исключение глютена в рационе может привести к быстрому снижению титра специфических антител, что сделает дальнейший диагностический поиск затруднительным, а иногда и невозможным. Тканевая транглутаминаза воздействует на молекулы глютена, увеличивая их иммуногенность. У генетически предрасположенных лиц модифицированный глютен связывается с молекулами DQ2 и DQ8, что приводит к развитию иммунного ответа и повреждению эпителиоцитов слизистой оболочки кишечника. Активация гуморального иммунного ответа сопровождается продукцией антител к глиадину, тканевой транглутаминазе 2 и эндомиозию, которые попадают в системную циркуляцию и могут быть выявлены при проведении серологического исследования. При целиакии не обязательно наблюдается увеличение специфических антител обоих классов: и IgA, и IgG. У пациентов с нормальным для их возраста сывороточным уровнем IgA, выявление антител к эндомиозию или тканевой транглутаминазе класса IgA является более диагностически значимым, в то время как у лиц с селективным дефицитом IgA более значимы антитела класса IgG.

Отрицательный результат определения антител к деамидированным пептидам глиадина класса IgA снижает вероятность диагноза целиакии, при условии, что на момент проведения исследования пациент находится на глютеносодержащем рационе (рекомендации Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN, 2019) и клинические рекомендации Союза педиатров России (2016)). При интерпретации результата данного теста необходимо учитывать общий уровень иммуноглобулина IgA в сыворотке крови, возраст пациента и прием иммуносупрессивных препаратов. У пациентов с низким уровнем IgA (<0,2 г/л) для диагностики целиакии рекомендуется определение антител класса IgG. Глиадин является основным компонентом глютена – этиологического фактора целиакии. В слизистой оболочке тонкого кишечника при воздействии тканевой транглутаминазы 2 типа глиадин деамидируется и формируются короткоцепочечные деамидированные пептиды глиадина. Они запускают иммунные реакции, ведущие к повреждению слизистой оболочки тонкой кишки и развитию клинической картины. Симптомами заболевания являются вздутие, боли в животе, диарея, тошнота, задержка роста, потеря веса, остеопения, слабость и апатия, синячковость, железодефицитная анемия (чаще встречается у взрослых).

Отсутствие антител к деамидированным пептидам глиадина класса IgG снижает вероятность диагноза целиакии, в том числе целиакии, ассоциированной с селективным дефицитом IgA; результат исследования необходимо интерпретировать совместно с результатами других серологических исследований (рекомендации Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN, 2019) и клинические рекомендации Союза педиатров России (2016)). Необходимым условием получения корректных результатов всех серологических тестов является присутствие глютена (глиадина) в рационе питания пациента на момент обследования. Под воздействием одного из ферментов слизистой оболочки кишечника (тканевой транглутаминазы 2 типа) молекулы глиадина деамидируются, что приводит к образованию устойчивых к протеолизу фрагментов глиадина. Эти линейные антигены хорошо охарактеризованы и получили название – деамидированные пептиды глиадина; они обладают большей иммуногенностью по сравнению с нативным глиадином. В случае генетической предрасположенности организма контакт с глиадином ведет к активации клеточного и гуморального иммунного ответов, запуску каскада патологических аутоиммунных реакций, вызывающих и поддерживающих воспаление слизистой оболочки тонкой кишки. Развитие воспаления и атрофия ворсинок слизистой тонкого кишечника приводят к развитию симптоматики, которая включает кишечные проявления (вздутие, боли, диарею, тошноту); нарушение всасывания (задержку роста, потерю веса,



остеопению, слабость и апатию, синячковость, железодефицитную анемию (чаще у взрослых)); а также редкие проявления, такие как дефекты эмали, стоматит, атаксию, эпилепсию, алопецию, миопатию, бесплодие.

Антитела класса IgA к ретикулину не обнаружены, что снижает вероятность диагноза целиакии (при условии наличия глютена в рационе и отсутствии селективного дефицита IgA); результат исследования необходимо интерпретировать совместно с результатами других серологических исследований.

Антитела класса IgG к ретикулину не обнаружены, что снижает вероятность диагноза целиакии (при условии наличия глютена в рационе); результат исследования необходимо интерпретировать совместно с результатами других серологических исследований.

Антитела к эндомизию класса IgA не обнаружены, что с вероятностью 95-98% исключает диагноз целиакии, при условии наличия глютеносодержащих продуктов в рационе питания обследуемого (рекомендации Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN, 2019) и клинические рекомендации Союза педиатров России (2016)). При интерпретации результата данного теста необходимо учитывать общий уровень иммуноглобулина IgA в сыворотке крови, возраст пациента и прием иммуносупрессивных препаратов. У пациентов с низким уровнем IgA (<0,2 г/л) для диагностики целиакии рекомендуется определение антител класса IgG к тканевой трансглутаминазе 2. Основным антигеном антител к эндомизию является белок тканевая трансглутаминаза 2 типа. Она играет значительную роль в увеличении сродства глиадина (глутена) к молекулам HLA-DQ2/DQ8, что приводит к активации иммунитета и последующему повреждению эпителиоцитов слизистой оболочки кишечника, к продукции антител к глиадину, тканевой трансглутаминазе 2 и эндомизию, которые попадают в системную циркуляцию и могут быть выявлены при проведении серологического исследования.

### 11.01.2025 Иммуноферментный анализ кал

Кальпротектин в кале

### 11.01.2025 Бактериологическое исследование

Исследование мочи с выделением микрофлоры и определением чувствительности к антибиотикам

Исследуемый образец

Посев:

**При посеве выделены:**

1. *Klebsiella pneumoniae*
2. *Candida glabrata*

Моча (Бактериолог. Лаб)

**При посеве выделены:**

- 1\*10<sup>7</sup> КОЕ/мл. Штамм: CARBO+ Продуцент карбапенемаз  
1\*10<sup>4</sup> КОЕ/мл

Антибиотики/Культуры	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Candida glabrata</i>
Amphotericin B		S
Amoxicillin/Clavulanic Acid	R	
Amikacin	R / >8 mcg/ml	
Anidulafungan		S / 0.016 mcg/ml
Aztreonam	S / 0.5 mcg/ml	
Ciprofloxacin	R	
Colistin	S / 0.5 mcg/ml	
Ertapenem	R	
Fluconazole		R / 12 mcg/ml
Fosfomycin	R	
Gentamicin	S	
Imipenem	R / >16 mcg/ml	
Micafungin		S / 0.047 mcg/ml
Meropenem	R / >16 mcg/ml	
Posaconazole		R / >32 mcg/ml
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	R	
Cefotaxime	R	
Ceftazidime	R	
Ceftazidime/avibactam	S	
Tigecycline	0.5 mcg/ml	
Tobramycin	R	
Voriconazole		0.38 mcg/ml

Легенда: "S" - Чувствительный при стандартном режиме дозирования; микроорганизм оценивается как «Чувствительный при стандартном режиме дозирования» при высокой вероятности эффективности терапии при стандартном режиме дозирования. "R" - Резистентный; микроорганизм оценивается как «Резистентный» при высокой вероятности терапевтической неудачи даже при увеличенной экспозиции препарата. \*Экспозиция отражает зависимость влияния антимикробного препарата на возбудителя в очаге инфекции от пути введения, дозы, интервала дозирования, продолжительности инфузии препарата, а также его распределения и пути выведения. "MIC (mcg/ml)" - минимальная ингибирующая концентрация

### 11.01.2025 Биохимические исследования

Название теста	Единица изм.	Референтные значения	Результат теста
Антитрипсин в стуле, оценка кишечной потери белка	мг/л	< 250 мг/л - отрицательный результат 250-500 мг/л - пограничный результат >500 мг/л - положительный результат	41,19

#### Комментарий лаборатории

Альфа-1-антитрипсин в стуле представляет собой тест количественного определения содержания в кале альфа-1-антитрипсина (эндогенного белка, близкого по молекулярной массе к альбумину) для оценки кишечной потери белка, диагностики и контроля эффективности лечения протеин-теряющей (экссудативной) энтеропатии (Камалова А.А. и др., 2017; Copland A.P. et al., 2017). Протеин-теряющая энтеропатия относится к группе заболеваний и патологических состояний, характеризующихся повышенной потерей плазматических белков через желудочно-кишечный тракт и сопровождающихся нарушениями всасывания основных нутриентов, гипопроteinемией, отеками и задержкой физического развития. Причинами протеин-теряющей энтеропатии могут быть различные воспалительные и язвенные заболевания желудочно-кишечного тракта (болезнь Крона, язвенный колит, эрозии и изъязвления пищевода и желудка), бактериальные, паразитарные и вирусные инфекции кишечника, целиакия, синдром избыточного бактериального роста, а также аномалии лимфатической системы (первичная лимфангиэктазия, врожденные пороки сердца или после операции Фонтена). Нормальное содержание альфа-1-антитрипсина в стуле делает маловероятной кишечную потерю белка, как причину гипоальбуминемии в сыворотке крови и экссудативной диареи, однако не исключает других причин нарушений всасывания в кишечнике. Нормальные значения альфа-1-антитрипсина в стуле также могут свидетельствовать об эффективности проводимой терапии, концентрация маркера напрямую зависит от активности заболевания и клинического ответа на лечение. При проведении дифференциальной диагностики диарейного синдрома может быть рекомендовано определение остаточной осмолярности стула, pH и углеводов в кале (секреторная и осмотическая диарея), фекального кальпротектина, гемоглобина и гемоглобин-гаптоглобинового комплекса, токсинов A и B *C. difficile* в кале (воспалительная диарея), стеатокрита, панкреатической эластазы-1, активности химотрипсина, антигена *G. lamblia* в кале (стеаторея), содержания в стуле желчных кислот (хологенная диарея) и эозинофильного нейротоксина (аллергическая диарея). Для верификации причин протеин-теряющей энтеропатии могут быть рекомендованы специфические сывороточные маркеры нарушений всасывания в кишечнике и заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая комбинированное обследование при воспалительных заболеваниях кишечника (АНЦА (IgG, IgA), ASCA (IgG, IgA), антитела к бокаловидным клеткам кишечника, экзокринной части поджелудочной железы, антигену GP2), целиакии (антитела к тканевой трансглутаминазе (IgG, IgA), дезаминированным пептидам глиадина (IgG, IgA), эндомицию (IgA), генотипирование HLA DQ2/DQ8) и аутоиммунной энтеропатии (антитела к энтероцитам).

#### 11.01.2025 Биохимические исследования

##### Копрологическая эластаза

Метод: Иммуноферментный анализ, тест-система [425-8601 (BS-86-01)] PANKREAS-ELASTASE-ELISA

Название/показатель	Результат	Референтные значения **
Концентрация	↓ <15 мкг/г	>200

Интерпретация: Тяжелая степень недостаточности поджелудочной железы

#### 15.01.2025 Генетика

#### ПРОТОКОЛ

Гистологического исследования биопсийного (операционного) материала

Регистрационный № 5236

Маркировка материала: 4 кус из слизистой залуковичных отделов; 2 кус из слизистой луковицы ДПК.

Характер материала: биопсия диагностическая

МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ: 1. - 4 биоптата дм 0,1-0,2 см.

2. - 2 биоптата лм 0,1-0,2 см.

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ: 1,2) При иммуногистохимическом исследовании малые Т-лимфоциты интенсивно экспрессируют CD3. Количество межэпителиальных CD3 позитивных Т-лимфоцитов составляет 15-20 на 100 эпителиоцитов.

Количество межэпителиальных лимфоцитов не увеличено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** 1,2) Поверхностный дуоденит со слабым воспалительным компонентом, без признаков атрофии ворсинок, гипертрофии крипт (соотношение глубины крипт к высоте ворсинок 1:4), без увеличения количества межэпителиальных лимфоцитов.

В объеме исследованного материала достоверных морфологических признаков целиакии нет.

Код МКБ: K29.8

Выполнил: 20.01.25 14:25. Беляков Илья Александрович.

18.01.2025 Аутоимунная диагностика

Название теста	Единица изм.	Референтные значения	Результат теста
<b>IgG4 и IgG4/IgG index</b>			
Определение содержания г/л 0,1-1,35 г/л 0,23 подкласса IgG4 в сыворотке крови			
Тест IgG общий	г/л	7-16 г/л	12,68
Тест индекс IgG4/IgG	%	<7.5%	1,80
<b>Комментарий лаборатории</b>			

Концентрация подкласса иммуноглобулина IgG4 в сыворотке крови в пределах референтных значений позволяет с высокой вероятностью исключить диагноз IgG4- ассоциированных заболеваний, основными формами которых являются аутоиммунный панкреатит, ретроперитонеальный фиброз и синдром Микулича (сухой синдром с фиброзом слюнных и слезных желез). Другими серологическими маркерами аутоиммунного панкреатита и синдрома Микулича являются антинуклеарный фактор, антинейтрофильные цитоплазматические антитела (атипичная, xАНЦА), направленные против лактоферрина, а также гипергаммаглобулинемия. Для объективной оценки увеличения продукции IgG4 может быть рассчитан индекс IgG4/общий IgG, который в норме не превышает 7.5%, и позволяет выявить случаи скрытой гиперпродукции IgG4.

Индекс IgG4/IgG служит дополнительным показателем, позволяющим диагностировать IgG4-ассоциированные заболевания, и выявлять скрытые случаи гиперпродукции IgG4. При значении индекса IgG4/IgG менее 7.5% вероятность наличия IgG4-ассоциированного заболевания снижается.

21.01.2025 Биохимические исследования

## Витамин К (филлохинон)

Метод: Высокоэффективная жидкостная хроматография с tandemным масс-детектированием

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	0.30 нг/мл	0.13 - 1.88

## Витамин А (ретинол)

Метод: Высокоэффективная жидкостная хроматография с tandemной масс-спектрометрией

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	0.46 мкг/мл	0.30 - 0.80

### 23.01.2025 Гистологическое исследование

#### ПРОТОКОЛ

#### Гистологического исследования биопсийного (операционного) материала

Регистрационный № 8693

Маркировка материала: 2 кус из подвздошной кишки; 2 кус из слепой кишки; 2 кус из восходящей кишки; 2 кус из поперечной кишки; 2 кус из нисходящей кишки; 2 кус из сигмовидной кишки; 2 кус из прямой кишки.

Характер материала: биопсия диагностическая

МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ: 1,2,3,4,5,6,7. По 2 биоптата дм 0,1-0,2 см.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** 1. Фрагменты слизистой оболочки подвздошной кишки типичной гистологической структуры, без воспалительного компонента.

2-7. Поверхностный колит со слабым воспалительным компонентом, без активности, без нарушения гистархитектоники собственной пластинки слизистой оболочки. В объеме исследованного материала достоверных морфологических признаков ВЗК, микроскопического колита нет.

Консультировали: Беляков И. А.

Выполнил: 27.01.25 18:31. Кузовникова Анна Святославовна.

#### Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания: Назначенные медикаменты:

АЛИМЕАЗИН (табл. п.о. 5 мг) 2.50мг - 2 р/день, внутрь с 14.01.2025 по 03.02.2025;

АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛ (Капсулы 0.001 мг) 1шт - 1 р/день, внутрь (во время еды) с 21.01.2025 по 26.01.2025;

АМИНОКИСЛОТЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ [ЖИРОВЫЕ ЭМУЛЬСИИ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ДЕКСТРОЗА+МИНЕРАЛЫ] (Эмульсия для инфузий ~) 1200см<sup>3</sup> (мл) - 1 р/день, в/в инф с 15.01.2025;

отмена - АМИНОКИСЛОТЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ [ЖИРОВЫЕ ЭМУЛЬСИИ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ДЕКСТРОЗА+МИНЕРАЛЫ] (Эмульсия для инфузий ~) 1200см<sup>3</sup> (мл) - 1 р/день, в/в инф ;

АМИНОКИСЛОТЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ [ЖИРОВЫЕ ЭМУЛЬСИИ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ДЕКСТРОЗА+МИНЕРАЛЫ] (Эмульсия для инфузий ~) 1200см<sup>3</sup> (мл) - 1 р/день, в/в инф (в/в медленно через инфузomat на 20 часов) 13.01.2025;

АМИНОКИСЛОТЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ [ЖИРОВЫЕ ЭМУЛЬСИИ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ+ДЕКСТРОЗА+МИНЕРАЛЫ] (Эмульсия для инфузий ~) 1500см<sup>3</sup> (мл) - 1 р/день, в/в инф 10.01.2025;

БЕТАГИСТИН (Таблетки 24 мг) 24мг - 2 р/день, внутрь с 16.01.2025 по 03.02.2025;

БИФИДОБАКТЕРИИ ЛОНГУМ+ЭНТЕРОКОККУС ФЭЦИУМ (Капсулы 10000000 КОЕ+10000000 КОЕ) 1шт - 3 р/день, внутрь с 13.01.2025 по 26.01.2025, с 28.01.2025 по 03.02.2025;

ГАБАПЕНТИН (капс. 300 мг) 300мг - 1 р/день, внутрь с 16.01.2025 по 03.02.2025;

ГИДРОКСИЗИН (табл. п.о. 25 мг) 25мг - 1 р/день, внутрь с 27.01.2025 по 29.01.2025;

отмена - ГИДРОКСИЗИН (табл. п.о. 25 мг) 25мг - 1 р/день, внутрь по 26.01.2025;

ГИДРОКСИЗИН (табл. п.о. 25 мг) 25мг - 2 р/день, внутрь с 24.01.2025 по 26.01.2025, с 24.01.2025 по 26.01.2025;

ЗОЛОТОТЫСЯЧНИКА ТРАВА+ЛЮБИСТОКА ЛЕКАРСТВЕННОГО КОРНИ+РОЗМАРИНА ЛИСТЬЯ (Таблетки, покрытые оболочкой 18 мг+18 мг+18 мг) 1шт - 3 р/день, внутрь с 11.01.2025 по 21.01.2025;

ИБУПРОФЕН (табл. п.о. 400 мг) 400мг - 1 р/день, внутрь 24.01.2025;

КАЛЬЦИЯ КАРБОНАТ+КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛ (Таблетки жевательные 500 мг+200 ЕД) 1шт - 1 р/день, внутрь

(кальций шипучий САНДОЗ - 1000 мг!!!!!!РАСТВОРЯТЬ В ВОДЕ ) с 23.01.2025 по 02.02.2025;  
КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛ (Капли для приема внутрь 15 000 ЕД/мл) 2см3 (мл) - 1 р/день, внутрь с 10.01.2025;  
отмена - КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛ (Капли для приема внутрь 15 000 ЕД/мл) 2см3 (мл) - 1 р/день, внутрь ;  
МАКРОГОЛ (Порошок для приготовления раствора для приема внутрь 64000 мг) 73.69г - 4 р/день, внутрь  
22.01.2025;  
МЕБЕВЕРИН (капс. с пролонг. высв. 200 мг) 200мг - 2 р/день, внутрь с 10.01.2025 по 03.02.2025;  
ПАНКРЕАТИН (Капсулы 25 000 ЕД) 3шт - 3 р/день, внутрь с 24.01.2025 по 03.02.2025, с 10.01.2025 по  
23.01.2025;  
Пептамен 400 г. (Смесь сухая) 60г - 1 р/день, внутрь (12 ЛОЖЕК ПЕПТАМЕНА РАЗМЕШАТЬ В 425МЛ  
ТЕПЛОЙ ВОДЫ. ПРИНИМАТЬ В ТЕЧЕНИЕ 8 ЧАСОВ ) с 10.01.2025 по 19.01.2025;  
ПИРИДОКСИН+ТИАМИН+ЦИАНОКОБАЛАМИН+ЛИДОКАИН (Раствор для внутримышечного введения 50  
мг+50 мг+0.5 мг+10 мг/мл) 2см3 (мл) - 1 р/день, в/м ;  
отмена - ПИРИДОКСИН+ТИАМИН+ЦИАНОКОБАЛАМИН+ЛИДОКАИН (Раствор для внутримышечного  
введения 50 мг+50 мг+0.5 мг+10 мг/мл) 2см3 (мл) - 1 р/день, в/м ;  
РИФАКСИМИН (табл. п.о. 200 мг) 400мг - 2 р/день, внутрь с 21.01.2025 по 03.02.2025;  
ФОСФОМИЦИН (Гранулы для приготовления раствора для приема внутрь 3 000 мг) 3г - 1 р/день, внутрь  
15.01.2025, 17.01.2025;  
ФУРАЗИДИН (капс. 50 мг) 50мг - 3 р/день, внутрь с 15.01.2025 по 28.01.2025;  
АЛЬБУМИН ЧЕЛОВЕКА 50.00 см3 (мл) (р-р д/инф. 200 мг/мл) + Инсулин аспарт 50.00 ЕД (Раствор для в/в и  
п/к введения) - 1 р/день, в/в инф (1ед/мл в час. Ставить в присутствии врача) 10.01.2025;  
АЛЬБУМИН ЧЕЛОВЕКА 50.00 см3 (мл) (р-р д/инф. 200 мг/мл) + ИНСУЛИН АСПАРТ 50.00 ЕД/мл (Раствор для  
внутривенного введения 100 ЕД/мл) - 1 р/день, в/в инф (2 ЕД новорапида в час, контроль гликемии натошак,  
через 1 час после еды и в 22:00) с 13.01.2025;  
АЛЬБУМИН ЧЕЛОВЕКА 50.00 см3 (мл) (р-р д/инф. 200 мг/мл) + ИНСУЛИН АСПАРТ 50.00 ЕД/мл (Раствор для  
внутривенного введения 100 ЕД/мл) - 1 р/день, в/в инф (2ЕД в час в/в через инфузомат. Болюс-режим 6ЕД  
непосредственно перед приемом пищи) ;  
отмена - АЛЬБУМИН ЧЕЛОВЕКА 50.00 см3 (мл) (р-р д/инф. 200 мг/мл) + ИНСУЛИН АСПАРТ 50.00 ЕД/мл  
(Раствор для внутривенного введения 100 ЕД/мл) - 1 р/день, в/в инф (2ЕД в час в/в через инфузомат.  
Болюс-режим 6ЕД непосредственно перед приемом пищи) ;  
отмена - АМОКСИЦИЛЛИН+КЛАВУЛАНОВАЯ КИСЛОТА 1.00 шт (Порошок для приготовления раствора для  
внутривенного введения 1000 мг+200 мг) + НАТРИЯ ХЛОРИД 10.00 см3 (мл) (Раствор для инъекций 9 мг/мл) -  
1 р/день, в/в медл с 13.01.2025 по 15.01.2025;  
АМОКСИЦИЛЛИН+КЛАВУЛАНОВАЯ КИСЛОТА 1.00 шт (Порошок для приготовления раствора для  
внутривенного введения 1000 мг+200 мг) + НАТРИЯ ХЛОРИД 10.00 см3 (мл) (Раствор для инъекций 9 мг/мл) -  
3 р/день, в/в медл с 13.01.2025;  
отмена - АМОКСИЦИЛЛИН+КЛАВУЛАНОВАЯ КИСЛОТА 1.00 шт (Порошок для приготовления раствора для  
внутривенного введения 1000 мг+200 мг) + НАТРИЯ ХЛОРИД 10.00 см3 (мл) (Раствор для инъекций 9 мг/мл) -  
3 р/день, в/в медл ;  
Аскорбиновая кислота\* 4.00 см3 (мл) (р-р для в/в и в/м введ. 50 мг/мл) + НАТРИЯ ХЛОРИД 10.00 см3 (мл)  
(Раствор для инъекций 9 мг/мл) - 1 р/день, в/в медл с 13.01.2025 по 26.01.2025;  
ГЕМОДЕРИВАТ КРОВИ ТЕЛЯТ 5.00 см3 (мл) (р-р д/ин. 40 мг/мл) + НАТРИЯ ХЛОРИД 250.00 см3 (мл) (р-р  
д/инф. 9 мг/мл) - 1 р/день, в/в кап с 10.01.2025 по 21.01.2025;  
ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА 4.00 мг (лиоф. д/р-ра д/инф. 4 мг) + НАТРИЯ ХЛОРИД 500.00 см3 (мл) (р-р д/инф.  
0.9 %) - 1 р/день, в/в кап (медленно) 23.01.2025;  
КАЛИЯ ХЛОРИД 20.00 см3 (мл) (конц. для р-ра д/инф. 40 мг/мл) + НАТРИЯ ХЛОРИД 500.00 см3 (мл) (р-р  
д/инф. 0.9 %) - 1 р/день, в/в кап с 11.01.2025 по 12.01.2025;  
НАТРИЯ ХЛОРИД 500.00 см3 (мл) (р-р д/инф. 9 мг/мл) + ТИОКТОВАЯ КИСЛОТА 20.00 см3 (мл) (конц. для р-ра  
д/инф. 30 мг/мл) - 1 р/день, в/в кап с 10.01.2025 по 21.01.2025;  
НЕФОПАМ 2.00 см3 (мл) (р-р для в/в введ. 10 мг/мл) + НАТРИЯ ХЛОРИД 100.00 см3 (мл) (Раствор для  
инъекций 9 мг/мл) - 1 р/день, в/в кап 13.01.2025;  
ПИРИДОКСИН 2.00 см3 (мл) (р-р д/ин. 50 мг/мл) + НАТРИЯ ХЛОРИД 10.00 см3 (мл) (р-р д/инф. 9 мг/мл) - 1  
р/день, в/в медл с 13.01.2025 по 26.01.2025;  
ТИАМИН 2.00 см3 (мл) (р-р для в/м введ. 50 мг/мл) + НАТРИЯ ХЛОРИД 10.00 см3 (мл) (р-р д/инф. 9 мг/мл) - 1  
р/день, в/в медл с 13.01.2025 по 26.01.2025;

Диета:

ВБД

Режим:

Постельный

**Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: -**

**Оперативные вмешательства (операции) включая сведения об анестезиологическом пособии: -**

Медицинские вмешательства: Реабилитационные мероприятия:

17.01.2025 13:01:17 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное

18.01.2025 15:30:59 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное

19.01.2025 16:06:13 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное

20.01.2025 19:02:09 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное  
21.01.2025 12:41:05 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное  
23.01.2025 14:02:53 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное  
26.01.2025 15:15:51 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное  
23.01.2025 18:23:36 Занятие с инструктором в палате стационара индивидуальное  
22.01.2025 17:54:43 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
24.01.2025 16:49:37 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
24.01.2025 17:38:01 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
26.01.2025 16:57:35 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
25.01.2025 14:21:52 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
25.01.2025 14:22:49 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
27.01.2025 14:33:10 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
27.01.2025 18:48:19 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
02.02.2025 12:33:45 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
02.02.2025 17:13:27 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
30.01.2025 18:29:55 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
01.02.2025 12:44:41 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
01.02.2025 16:38:09 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
28.01.2025 11:57:23 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
28.01.2025 15:23:58 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
29.01.2025 12:41:30 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
30.01.2025 15:34:14 Индивидуальное занятие с инструктором (30,60,90 мин.)  
30.01.2025 16:00:36 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
30.01.2025 16:00:36 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
29.01.2025 15:44:09 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
29.01.2025 15:44:36 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
28.01.2025 15:41:46 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
28.01.2025 15:41:46 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
27.01.2025 18:31:10 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
27.01.2025 18:31:10 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
26.01.2025 17:15:01 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
26.01.2025 17:15:01 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
25.01.2025 13:23:03 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
25.01.2025 13:23:28 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
24.01.2025 19:23:32 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
24.01.2025 19:24:05 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
23.01.2025 12:28:31 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.  
23.01.2025 12:28:31 Массаж нижней конечности, 1,5 ед.

**Дополнительные сведения:** С выписным эпикризом ознакомлена. Всю информацию интересующую меня касаясь моего здоровья, заболевания и лечения получила. С рекомендациями по дальнейшему лечению ознакомлена. Претензий к ООО "ММЦ ВТ", лечащему врачу и мед. персоналу не имею.

**Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности:** 02.02.2025: Общее состояние средней степени тяжести, тяжесть состояния обусловлена тяжелой трофологической недостаточностью, белково-энергетической недостаточностью, неконтролируемой гипергликемией, тяжелым диспепсическим синдромом, полинейропатией, нарушении самообслуживания, нейрогенным мочевым пузырем с хр ишурией. Положение минимальная активность в пределах постели. Сособна самостоятельно сесть в постели. Сознание ясное. Кожа чистая, бледная, сухая, температура тела 36,3\*С, тургор снижен. Отеков нет. Отсутствие ПЖК. Кахексия. Видимые слизистые: бледно-розовые, нормальной влажности.

Органы дыхания: Грудная кахексическая. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное усиленное, хрипов нет. ЧДД=18 в мин. Сатурация на атмосферном воздухе=98%. Сердечно-сосудистая система

Органы кровообращения: Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, пульсация периферических сосудов сохранена. ЧСС 82 в минуту. Пульс 82 в мин. ритмичный, симметричный, удовлетворительных качеств. АД=100/60 мм рт.ст.;

Язык чистый, влажный, розовый. Живот впалый, при пальпации мягкий, безболезненный, резистентности нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Не пальпируется. Перкуторно не увеличена. Селезенка не пальпируется. Перкуторно не увеличена. Стул 2-3 раза в сутки, последний раз ночью - полуоформленный, светло-коричневый

Мочеполовая система

. Органы мочеполовой системы: Мочеиспускание: интермиттирующая катетеризация. Ишурия. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

**Трудоспособность:** не работает

**Листок нетрудоспособности:** листок нетрудоспособности не выдавался.

## Рекомендации:

Наблюдение у терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога, психиатра по месту жительства.

Лабораторный контроль через 1 месяц: ОАК, Сыв.железо. Общий белок, Альбумин, Креатинин, Мочевина, Калий, Натрий, Кальций, Витамин Д3, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, Гликированный гемоглобин.

Контроль остеоденситометрии через 12 месяцев.

На основании лабораторных данных принять решение о необходимости повторного внутривенного введения препаратов железа.

Продолжить терапию сахарного диабета инсулином ультракороткого действия по средствам инсулиновой помпы и мониторинг глюкозы непрерывно.

Пациентке необходимы инфузионные системы по типу "силуэт" для инсулиновой помпы medtronic 720

Продолжить прием препаратов:

1. Панкреатин(Креон) 25000 ЕД по 3 капсулы в каждый!!! прием пищи - постоянно.
2. Мебиверин 200 мг по 1 капсуле 1 раз в сутки - постоянно.
3. Алимемазин 2,5 мг - 1 таблетка 2 раза в сутки - длительно.
4. Габапентин 300 мг , 1 капсула 1 раз в сутки - длительно.
5. Гидроксизин 25 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки - длительно.
6. Альфакальцидол 1 мкг, 1 капсула 1 р в сутки - длительно.
7. Кальций Сандаз форте 500 мг, 1 растворимая таблетка 1 раз в сутки - длительно.

Рекомендации по питанию:

Цели коррекции рациона:

- профилактика прогрессирования кахексии и остеосаркопении;
- обеспечение достаточной дотации энергии и белка с пищей;
- коррекция метаболических изменений: углеводного и белкового.

Общие рекомендации по составлению ежедневного рациона:

1. Рекомендуемая суточная калорийность рациона не менее 2000 ккал. Белки - 80 г, жиры - 60 г, углеводы - 250 г.
2. Режим питания - 6 раз в сутки, небольшими порциями.
3. Каждый прием пищи обязательно должен включать:
  - чистый белок не менее 20 г белка на основной прием пищи (например, мясо, рыба, курица, яйца, творог, соевый/овощной белок, белковый напиток);
  - источники медленноусвояемых углеводов (крупы цельнозерновые, макароны из твердых сортов пшеницы, хлеб с отрубями/ цельнозерновой);
  - источники животных (масло сливочное 5 г/сутки, сыр, сливки) и растительных жиров (нерафинированные растительные масла – кунжутное, оливковое, подсолнечное – 2 ст.л. в сутки, орехи, льняные семена, авокадо).

4. Для профилактики прогрессирования кахексии и остеосаркопении рекомендуется:

- 1) Особое внимание уделять количеству потребляемого белка (не менее 60 г абсолютного белка из пищи!)

Например, 100 г творога (содержит 16 г белка), 100 г куриной грудки (20 г белка), 1 яйцо категории С1 (6 г белка), также 30 г адыгейского сыра, содержат 5 г белка. ИТОГО – 54 г.

1-2 раза в неделю рекомендуется вводить в рацион растительный белок по 1-2 ст.л. (чечевица, разные виды фасоли, стручковая фасоль, маш, нут, горох, отварной зеленый горошек, пюре из гороха или фасоли, хумус).

2) Добавить прием высококалорийных специализированных смесей: Пептамен по 12 ложек размешивать в 425 мл воды = 500 ккал и 26,4 г белка. Можно заменять один полноценный прием пищи или в течение дня вмешивать 12 ложек в теплые блюда.

Далее через 14 дней переход на жидкие белковые смеси: Nestle resource протеин по 200 мл - в день по 1-3 бутылочки, в качестве перекуса, например, вначале съесть овощной салат

или фрукт, а затем выпить смесь.

Расчет белка и калорийности можно производить в приложении «Мой здоровый рацион»

3) Обогатить рацион источниками кальция (1200 - 1500 мг/сут).

- В сутки рекомендуется потреблять минимум 3 порции кисломолочных продуктов.

Пример одной порции: 125 г натурального йогурта или 200-250 мл молока, 100 г творога, или 50 г белого сыра.

Натуральные кисломолочные продукты лучше покупать 2-5% жирности, сметану до 10% жирности, молоко 1,5% жирности.

- Также, ежедневно потреблять 1ч.л. кунжутного семени (желательно его растолочь и добавить в жидкие молочные продукты или каши).

- Разнообразить рацион потреблением шпината, листовой зелени, различных семян, орехов и бобовых.

5. Общее количество углеводов должно составить не менее 25-30 ХЕ в сутки.

- Рекомендуется включить цельнозерновые крупы (долгой варки от 20 минут, например, бурый рис, булгур, киноа, сорго, гречка, амарант, просо и т.д.) или, если в рационе отсутствуют крупы, желателно употреблять цельнозерновой хлеб 1-2 раза в сутки.

- Исключить употребление продуктов из рафинированной (белой) муки с добавлением жиров и сахаров, не требующих варки хлопьев и готовых завтраков.

- Исключить продукты с высоким гликемическим индексом, жидкие фруктовые соки, сладкие напитки, фруктовые пюре, кондитерские изделия и т.д.

- Фрукты также относятся к углеводам. В качестве сладкого отдавать предпочтение сезонным фруктам и ягодам. Примерная порция фруктов: порция размером с кулак (не более 2 порций в день).

- Рекомендовано включение в рацион достаточного количества овощей (разные виды капусты, сельдерей, огурцы, баклажаны, кабачки, брокколи, руккола, шпинат, кресссалат, салат романо, свекольная ботва, зелень, помидоры, красный сладкий перец, морковь свежая, спаржа, лук), различной листовой зелени, салатов. Рекомендуемое потребление овощей не менее 400-500 г в сутки

Лечащий врач Заведующий терапевтическим отделением-врач-терапевт:

Митичкин М. С. \_\_\_\_\_

Заведующий терапевтическим отделением-врач-терапевт:

Митичкин \_\_\_\_\_

03.02.2025 08:18

Эпикриз на руки получил, с рекомендациями ознакомлен.

Галактионова М. \_\_\_\_\_