#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 503

##### Ф.И.О: Девятилова Людмила Викторовна

Год рождения: 1952

Место жительства: Приазовский р-н, с. Александровка, ул. Ленина 93; Прописана: Донецкая обл. с. Кирово, ул. Новая 5-38

Место работы: инв II гр.

Находился на лечении с 10.04.15 по 22.04.15 в энд. отд.

Диагноз: Подострый тиреоидит. Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОИ. Высокая осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. ДЭП 1, сочетанного генеза, цефалгический с-м. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Атрофический вульвовагинит. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. САГ II ст. Хр. гастродуоденит в стадии нестойкой ремиссии. Дуоденогастральный рефлюкс с пониженной секрецией желудка. H-pylory отрицательный. Хронический гепатоз. НФП 0 ст.

Жалобы при поступлении на боли в обл. щитовидной железы, болезненность при глотании, повышение Т тела до 38,3°С, сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в прекардиальной области, тошнота в утренние время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1976 г. Гипогликемические состояния 1-2 р/мес. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2012 переведена на Инсуман Рапид, Инсуман Базал.В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 8ед., п/у- 12ед., Инсуман Базал п/з – 24 ед, п/у – 16 ед. Гликемия –3,8-18 ммоль/л. боли в н/к в течении 5 лет. Повышение АД в течение 6 лет. Принимает берлиприл 5мг 1 мр/день. Ухудшение состояния в течении 3 нед, когда появились повышение Т тела до 38,3°С, сухой кашель. С 31.03.15 – 08.04.15 стац лечение в т/о по м/ж с диагнозом острый трахеобронхит. Получала лечение цефтриаксоном, лазолваном, берлитионом. После выписки из стационара в течении недели отмечает болезненность в обл. щит. железы, повышение Т тела до 37,3 °С. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.04.15 Общ. ан. крови лейк –3,5 СОЭ – 62 мм/час

14.04.15 Общ. ан. крови Нв – 105 г/л эритр – 3,2лейк –4,8 СОЭ – 47 мм/час

э- 4% п- 1% с- 55% л- 35 % м- 5%

20.04.15 Общ. ан. крови Нв – 126г/л эритр – 3,8 лейк –5,5 СОЭ – 28 мм/час

э-2% п- 1% с- 62% л- 30 % м- 5%

22.04.15 Общ. ан. крови Нв –122 г/л эритр – 3,6 лейк –8,9 СОЭ –16 мм/час

э- 0% п- 3% с- 57% л-35 % м-5 %

14.04.15 бил общ – 9,8 бил пр –2,1 тим – 2,2АСТ – 0,44 АЛТ – 0,64 ммоль/л;

16.04.15 Биохимия: мочевина –7,4 креатинин – 84

17.04.15 К – 3,4 Na- 140 Са – 2,1

### 15.04.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. – ед в п/зр

17.04.15 Суточная глюкозурия – 1,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 17.04.15 Микроальбуминурия – 161,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.04 | 6,3 | 4,3 | 15,7 | 15,4 |  |
| 15.04 | 7,8 | 13,1 | 16,0 | 7,7 |  |
| 17.04 | 13,6 | 16,1 | 154 | 10,3 |  |
| 18.04 | 12,8 | 9,3 | 12,1 | 13,6 |  |
| 20.04 |  |  | 16,7 | 9,1 |  |
| 21.04 2.00 – 5,4 | 5,7 | 2,5 | 11,7 | 8,8 | 5,6 |
| 22.04 |  | 5,7 |  |  |  |

14.04.15Невропатолог: ДЭП 1, сочетанного генеза, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма.

13.04.15Окулист: VIS OD= 0,01 -8,0 = 0,1 OS=0,03

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно под флером. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Неоваскуляризация зрительного нерва. Фиброзная ткань в участке преритенальных кровоизлияний. Д-з: Высокая осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОИ.

15.04.15ЭКГ: ЧСС – 100 уд/мин. Вольтаж снжен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

14.04.15 осмотра асс каф. терапии Ткаченко О.В: Подострый тиреоидит. СД тип1, тяжелая форма, субкомпенсация, Хр. диаб. полинейропатия н/к, ГБ IIст, 2 степени, очень высокий риск. ГЛЖ СН 1. ф.кл II.

15.04.15 ФГДЭС: Эритематозная гастродуоденопатия. Дуоденогастралный рефлюкс.

14.04.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. САГ II ст.

17.04.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.04.15Гастроэнтеролог: Хр. гастродуоденит в стадии нестойкой ремиссии. Дуодеогастральный рефлюкс с пониженной секрецией желудка. H-pylory отрицательный. Хронический гепатоз. НФП 0 ст.

10.04.15 ФГ ОГК № 86183: без патологии

17.04.15 Гинеколог: Атрофический вульвовагинит.

16.04.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; кисты правого яичника.

10.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,5см3; лев. д. V = 9,0см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная. В пр доле по переднему контура гипоэхогенный участок неправильной офрмы 3,98\*2,19 см. В лев доле у переднего контура – гипоэхогенный участок 3,3\*1,74 см (очаги тиреоидита) Регионарные л/узлы с обеих сторон до 0,82\*0,58 см, гипоэхогенные. Закл.: Увеличение щит. железы. Подострый тиреоидит?

22.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1см3; лев. д. V = 6,1см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура неоднородная. В пр доле гипоэхогенный участок 2,1\*1,68 см. В лев доле такой же участок 2,33\*1,31см ( очаги тиреоидита) Регионарные л/узлы с обеих сторон до 0,53\*0,27 см. Закл.: Подострый тиреоидит.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, преднизолон, берлиприл, альмагель, пантопразол, бисопролол.

Состояние больного при выписке: болезненность в области щитовидной железы не беспокоит, нормализовалась температура тела, показатель ОАК, отмечается нестабильность показателей гликемии в течении суток. Пациентке необходимо продолжить стац. лечение в эндодиспансере для дальнейшей коррекции инсулинотерапии, в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения о возможных осложнениях предупреждена. АД 130/70 мм рт. ст. ЧСС-80уд.в мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гинеколога по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 2 табл .в 7.00, 1 табл в 11.00 дозу преднизолона уменьшать на 5 мг 1раз в неделю до отмены препарата под контролем ОАК.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 10ед., п/уж -14 ед., Инсуман Базал п/з- 30ед., п/уж -18 ед. При отмене преднизолона коррекция инсулинотерапии при необходимости.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами. После лечения рекомендуемого г/энтерологом.
8. Рек. кардиолога: небилет 2,5-5 мг\*1р/сут. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
9. Эналаприл (берлиприл) 5 мг утром. Контр. АД.
10. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
11. УЗИ щит. железы в динамике .Определить ТТГ,АТКТПО после отмены преднизолона.
12. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1к 1р\д. 1т.\*1р/д.
13. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, плантоглюцид по 1 д/л 3р/д за 30 мин до еды 1-2 мес, геповал 1к 1р/д 1 мес. Наблюдение семейного врача.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.