#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1048

##### Ф.И.О: Суходольская Ольга Станиславовна

Год рождения: 1976

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Тельмана 79

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 24.07.17 по 08.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IV. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, узел левой доли щит. железы, гипотиреоз, средней тяжести ст медикаментозной декомпенсации. Метаболическая кардиомиопатия, СН 0-1. ДДПП ПОП, протрузия дисков L1-L2, L2-L3. L3-L4, радикулопатия L5 ст. ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, боли в н/к, головные боли, нестабильность гликемии в течение всего дня, гипогликемические состояния ночью.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протофан НМ . В наст. время принимает: Актрапид НМ 10п/з- ед., п/у- 6ед., Протофан НМ п/з – 22 ед, п/у 16 ед. Гликемия –12-14 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ с 1986г. Гипотиреоз выявлен в 2016. Эутирокс принимает нерегулярно. Узел левой доли щит. железы выявлен в 2014. ТАПБ – цитологическая картина соответствует узловому зобу. 2016 ТТГ – 15,8 (эутирокс не принимала). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. Осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 25.07 | 137 | 4,1 | 4,4 | 19 | 2 | 0 | 68 | 29 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.07 | 117 | 5,14 | 1,48 | 1,36 | 3,1 | 2,8 | 5,7 | 62 | 11,7 | 3,1 | 2,9 | 0,35 | 0,33 |

26.07.17 Глик. гемоглобин 12,1 %

25.07.17 Анализ крови на RW- отр

28.17.17ТТГ –7,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –342,6 (0-30) МЕ/мл

25.07.17 К – 4,05 ; Nа – 143,5 Са++ -0,98 С1 – 105 ммоль/л

### 25.07.17 Общ. Ан. мочи уд вес 1032 лейк –1-2- в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. Пл. –ум ; эпит. Перех. –ед в п/зр

28.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 4000 эритр - белок – отр

26.07.17 Суточная глюкозурия –4,1 %; Суточная протеинурия – 0,038

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.07 | 11,3 | 15,8 | 15,1 | 20,2 |  |
| 27.07 |  | 20,2 | 12,2 | 11,4 | 10,5 |
| 30.07 | 9,0 | 20,1 | 13,2 | 7,3 |  |
| 02.08 | 15, | 16,1 | 6,7 | 11,6 |  |
| 04.08 | 10,4 | 11,5 | 5,2 | 8,8 |  |
| 06.08 | 7,5 | 4,7 | 11,5 | 5,2 |  |
| 07.08 |  |  | 3,5 |  |  |

01.018.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия, сенсомоторная форма. Рек: келтикан 1т 3р\д. витаксон

27.07.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды широкие слегка извиты. В макулярной области без особенностей.

24.07.17 ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

27.0717 Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 1.

Рек. кардиолога: тризипин лонг 1000 1т 1р/д 2-3 нед. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

26.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

26.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено справа II – Ш ст слева – II ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

02.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы,

24.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,3 см3; лев. д. V = 7,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доле в с/3 гиперэхогенный узел с широким гидрофильным ободком 1,63\*1,0 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Актрапид НМ, Протофан НМ, эутиркос, тивортин, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/80 мм рт. ст. За период лечения в стационаре изменена схема введения инсулина, переведена на режим интенсивной инсулинотерапии, в результате высокого уровня глик. гемоглобина – 12,1%, нестабильность гликемии как натощак, так и постпрандиальной. При назначение данной схемы наблюдались редкие гипогликемические состояния. При введении назначенных доз инсулина (без коррекции), отмечается нестабильность гликемии от 11,2 до 3,5 ммоль/л. Учитывая вышеописанное рекомендовано изменить степень тяжести СД со «средней» на «тяжелую, лабильное течение»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-28 ед., п/о- 20ед., п/уж -8-10 ед Протофан НМ 22.00 40ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 75 мкг утром натощак.
8. Контроль ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко в динамике.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.