#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1104

##### Ф.И.О: Борець Светлана Владимировна

Год рождения: 1968

Место жительства: Веселовский р-н, пгт Веселое ул. Первомайская

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 02.08.17 по 22.08.17 в диаб. 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. Диабетическая энцефалопатия 1 ст, цереброастенический с-м. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Осложненная катаракта ОД. Многоузловой зоб I ст, узлы обеих долей. Susp. neo? Тиреотоксикоз, легкая форма, впервые выявленный. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Хронический комбинированный геморрой на 3-4 см. Анемия. Миома матки небольших размеров. Множественное очагвоое поражение тел L1. L2.L3.L5.S1.S3 диска L2. Патологический перелом тела L2.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в различное время суток, в связи с гипогликемическими состояниями постоянно вызывает СМП – вводится глюкоза 40%, снижение веса на 8 кг за 6 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, запоры, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., выраженные боли в ПОП, иррадиирущие в пах справа и по задней поверхности правого бедра.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемическая – неоднократно 2016-2017. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, в последующем Фармасулин Н, Фармасулин НNP. В связи с отсутствием компенсации в 2016 в связи с неустойчивой гликемией и декомпенсацией переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о-14 ед., п/у-10 ед., Протафан НМ 22.00 – 26 ед. Последнее стац. лечение в 08.2016г Многоузловой зоб с 2011. АТТПО 48,9 (0-30) АТТГ – 50,9 ( 0-100), ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл. ТАПБ 2016 – цитологическая картина пунктата лево доли – аденоматозный узел ( возможно фолликулярная аденома). В левой доли образование с атипией клеток фолликулярного эпителия и наличием единичных внутриядерных включений ( менее 5) на фоне АИТ. Подозрение на малигнизацию. У дочери Сг щит железы, оперирована. Повышение АД с 2011 принимает эналаприл 10 мг утром. 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 |
| 03.08 | 106 | 3,2 | 4,6 | 35 | 1 | 1 | 61 | 34 | 3 |
| 07.08 | 93 | 3,0 | 7,2 | 38 | 2 | 1 | 66 | 27 | 4 |
| 15.08 | 102 | 3,1 | 6,9 | 44 | 1 | 2 | 56 | 38 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.08 |  |  |  |  |  |  | 5,6 | 87 | 17,8 | 4,1 | 1,35 | 0,2 | 0,33 |
| 07.08 | 94,1 | 3,84 | 0,85 | 1,34 | 22,1 | 1,9 | 67,0 |  |  |  |  |  |  |
| 15.08 |  |  |  |  |  |  | 6,8 | 88 |  |  |  |  |  |

14.08.17 белковые фракции – 74,4 г/л (66-83)? Альубмиин 56,36% Альфа 1 глоб 5,34%, альфа 2 глоб 12,4% ( 6-12) В глоб 6,7% ( 8-15) Гамма глоб – 18,3%, А/Г коеф – 1,29, альбумин – 41,93, альва 1 глоб – 3,97 г/л ( 1-3) альфа 2 глоб – 9,23, В –глобудин 5,65 ( 7-11) гамма глобулин – 13,6.

03.08.17 амилаза – 25,0

14.08.17 Т4св – 34,2 ( 11,5-22,7) МЕ/мл

18.08.17 Т4св – 42,5 ( 10-25)пмоль/л

03.08.17 Глик. гемоглобин – 7,6%

03.08.17 Анализ крови на RW- отр

11.08.17 ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

21.08.17 ТГ (тиреоглобулин) – 8,9 нг/мл(<55,0)

03.08.17 Гемогл –106 ; гематокр – 0,34 ; общ. белок – 70,1 г/л; К – ; Nа – ммоль/л

03.08.17 К – 4,84 ; Nа – 138

03.08.17 К – 4,71 ; Nа –130 Са - Са++ -1,02 С1 107,4 ммоль/л

03.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ –70 %; фибр –3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ –88 %; св. гепарин – 8

04.08.17 Проба Реберга: креатинин крови-67 мкмоль/л; креатинин мочи- 6350 мкмоль/л; КФ-1828 мл/мин; КР-98,9 %

### 03.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,2 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

### 08.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – на ½ в п/зр белок –0,054 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ум в п/зр

04.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр - белок – 0,068

09.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,045

09.08.17 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – 0,111

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.08 |  |  |  | 4,8 | 2,9 |
| 04.08 | 7,1 | 6,3 | 3,4 | 10,2 |  |
| 07.08 | 11,6 | 13,3 | 18,2 | 6,1 |  |
| 10.08 | 11,6 | 13,8 | 5,2 | 2,4 | 10,4 |
| 12.08 | 7,0 | 9,4 | 11,1 | 5,1 | 7,2 |
| 14.08 | 7,4 | 11,1 | 3,4 | 2,9 |  |
| 16.08 | 12,8 | 15,6 |  |  |  |
| 17.08 |  |  | 4,2 | 2,2 | 5,6 |
| 18.08 2.00-16,0 | 11,4 |  | 18.15-4,2 | 3,6 | 8,1 |
| 19.08 7.00-2,3 | 5,3 | 12,7 15.00-1,8 | 17.0-4,7 | 21.00-3,7 | 8,5 |
| 20.08 | 6,5 | 10,8 | 3,2 | 10,4 | 7,7 |
| 21.08 2.00-6,8 |  |  |  |  |  |

02.08.17ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ.

03.08.17 На р-гр ПОП признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков, остеопороза костных структур.

10.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба желчного пузыря в области шейки, застоя в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника.

17.08.17 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки лейомиомы матки небольших размеров.

08.08.17 ТАПБ: пунктировалось образование(а,б) левой доли щит. железы преимущественно микрофоликулрного строения ,с очаговой атипией клеток фолликулярного эпителия. Подозерния на на малигнизацию цитологическая картина пунктата в левой доли щит железы наиболее соответствует аденоматозному узлу.

11.08.17 МРТ ПОП: МР ткартина множественного очагового поражения тел L1. L2.L3.L5.S1.S3 диска L2 (вероятно вторичного генеза, нельзя также исключить проявление миеломной болезни) Умеренные дегенеративно-дистрофические изменния ПОП. Протрузии Дисков L2-3, L3, L4-5 и L 5-S1-

02.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,9 см3; лев. д. V = 7,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,5 см. В левой доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,82 \*1,22 см. рядом такой же узел 0,65 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

18.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДДПП вертеброгенная люмбалгия. Диабетическая энцефалопатия 1 ст, цереброастенический с-м. Рек: келтикан 1т 3р/д, катадолон 100 2р/д 5 дней, актовегин 10,0 в/в , L-лизина эсцинат 3,0 в/в № 3

17.08.17 нейрохирург: Патологический перелом тела L2. Рек онкоскрининг конс. гематолога, показано оперативное лечение (при отсутствии противопоказаний).

03.08.17Окулист: Начальные помутнения в хрусталике ОД. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды умеренно расширены и извиты ,вены уплотнены. Венный пульс сохранен. Д-з: Осложненная катаракта ОД Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.08.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг .КонтрольАД. Контроль АД, ЭКГ. Дообследованние: ЭХО КС по м/ж.

16.08.17 Хирург-проктолог: хр. комбинированный геморрой3-4 см. Данных за острое кровотечение нет. Показано плановое оперативное лечение, фиброколоноскопия.

22.08.17 Гематолог: нельзя исключить плазмоцитому с поражением тела позвонка (патологический перелом) Рек: повторная конс. нейрохирурга о возможности выполнения оперативного вмешательства на позовночнике в связи с выраженным болевым с-мом.

19.08.17 Стернальная пункция, Костномозговой пунктат нормоклеточный. Клеточный состав полиморфный, представлен всеми ростками кроветворения. Эритропоез по нормобластному типу. Размеры грануло цитарног оряда в пределах нормы, созреванеи не нарушено. Ммегакариоциты всех степеней зрелости, с отшнуровкой тромбоцитов. Плазмоцитов 4%, расположены приемущественно в виде очаговых скоплений.

18.08.17 Онколог ЗООД Сг щит железы in susp. Миеломная болезнь in susp множественное поражение тел позвонков l1-L5 рек: конс гематолога, ан. крови на тиреоглобулин, онкоскрининг с внутривенным усилением (КТ гр клетки, брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства, шеи) – договорено на 29.08.17 на 13.20 с последующей повторной консультацией в ЗООД.

03.08.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. ДДПП ПОП, ГОП люмбаишалгия..

17.08.17Гинеколог: По данным УЗИ миома матки небольших размеров

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ L-лизин эсцинат, катадолон, келтикан, сорбифер, ваксикум крем, мерказолил, эналазид, фитосед, тиоктадар, пирацетам, неогабин, эналаприл, кейвер, глюкоза 40%, диклофенак, анальгин, димедрол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состоянием в связи с плохим аппетитом, уменьшились боли в н/к, сохраняются выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, общая слабость, быстрая утомляемость. АД 130/80 мм рт. ст.

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-10-12 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -4-5 ед., Протафан НМ 22.00 25-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром,
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
8. мерказолил 5 мг 1т 3р/д. Контроль Т4св 1р/мес.
9. Дообследованние у гематолога и онколога для определения дальнейшей тактики лечения.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В