#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1577

##### Ф.И.О: Коваленко Ирина Александровна

Год рождения: 1970

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. Мира 252

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10 .11.17 по 22.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит гипертрофическая форма. тиреотоксикоз средней тяжести ст. медикаментозной компенсации. Узловой зоб II ст узел пр. доли. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце, СН I. Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сердцебиение, потливость, быструю утомляемость, умеренную боль в ногах, судороги, Прибавка веса на5 кг в течение года.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Гипогликемическая кома – 2013, связана с нарушением режима питания. С начала заболевания инсулинотерапия. Генсулин Р, Генсулин Н, в дальнейшем, в связи с декомпенсацией переведена на Фармасулин Н, Фармасулин НNP. В 2010 выставлен диагноз АИТ, узел правой доли. АТТПО – 600 (0-30) МЕ/МЛ. В 2016 выставлен диагноз: смешанный токсический зоб, узел пр. доли. Т4св – 23,2 , ТТГ – 0,8. С этого периода больная постоянно принимает мерказолил (тирозол) 15-20 мг/сут. В 2016 ТАПБ щит железы – узловой зоб с кистозной дегенерацией. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг, индапрес 1р/д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, компенсации тиреотоксикоза, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.11 | 149 | 4,5 | 5,2 | 19 | 1 | 0 | 63 | 35 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.11 | 97 | 3,9 | 1,8 | 1,59 | 1,48 | 1,45 | 4,2 | 76 | 8,9 | 2,2 | 1,8 | 0,17 | 0,3 |

13.11.17 Глик. гемоглобин -7,8 %

14.11.7 Св.Т4 - 24,3 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл АТрТТГ -11,05 (1,5-1,75)

13.11.17 К – 4,35 ; Nа – 135 Са++ - 1,09С1 -106 ммоль/л

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

С 14.11.17 ацетон – отр

15.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

15.11.17 Суточная глюкозурия –1,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.11.17 Микроальбуминурия –31,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.11 | 12,7 | 8,3 | 10,9 | 6,6 |
| 14.11 | 16,8 | 12,1 | 4,5 | 3,3 |
| 15.11 | 17,7 | 6,8 | 9,0 | 5,7 |
| 17.11 | 15,0 | 11,8 | 5,1 | 2,5 |
| 18.11 | 16,7 | 11,9 | 5,7 | 6,2 |
| 19.11 | 7,0 | 6,9 | 2,1 | 7,1 |
| 21.11 |  |  | 5,0 |  |

16.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Рек: а-липоевая кислота 600в/м № 10 , актовегин10,0 в/в , келтикан 1т 3р/д 1 мес.

10.11.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.11.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.11.17 Осмотр кмн Вильхового СО: ДТЗ Ш ст средней тяжести ,медикаментозная субкомпенсация. Узел пр. доли щит железы. Рек оперативное лечение в плановом порядке в отд. трансплантологии и эндокринной хирурги КУ ЗКОБ, после достижения субкомпенсации СД и тиреотоксикоза.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. рек этсет, плетол

13.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

13.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов.

10.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,1 см3; лев. д. V =12,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. В пр. доле в с/3 гиперэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,97 \*0,76 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, ксилат, тирозол, тиогамма турбо, актовегин, бисопролол, индапрес, АТФ лонг,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст. тиреотоксикоз в ст. субкомпенсации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-28 ед., п/о-14 ед., п/уж -12 ед., Фармасулин НNP 22.00 50-52 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Конс. кардиолога, окулиста по м/ж
6. Гипотензивная терапия: бисопролол 5 мг индапрес (индап) 2,5 мг утром, . Контр. АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Тирозол 15 мг 10 дней, затем 10мг 10дней с последующим снижение дозы до 5 мг . Контроль Т4св 1р в мес , Повторная конс в диспансере для определения дальнейшей тактики лечения.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.