#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1171

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

Год рождения: 1976

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

Место работы: н/р

Находилась на лечении с 10.09.18 по  27.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узел левой доли. Гипотиреоз средней тяжести , декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия СН0-1 . ДДПП ПОП протрузия дисков L4 - L5, L5 –S1. Радикулопатия L5 в стадии нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время, сухость во рту, жажду, полиурию, выраженную слабость ,утомляемость, сонливость, прибавку веса на 2 кг за год, повышение АД макс. до 2 мм рт.ст., бои в н/к , онемение ног и рук, онемение и снижение чувствительности в 1п обеих стоп, боли в правом коленном суставе, скованность в нем при движения. Боли в ПОП. колющие боли в области сердца,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания инсулинотерапия.: Актрапид НМ, Протафан НМ. Течение заболевания лабильное в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 28ед., п/о- 24ед., п/у-10 ед., Протафан НМ 22.00 – 40 ед. Гликемия 2,0-20 ммоль/л. НвАIс – 13,7 % от 25.07.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: АИТ с 1986, с 2009 принимает эутирокс, в настоящее время 75 мкг/сут. В 2014 выявлены узел в щит железе. ТАПБ узла – картина узлового зоба .С 2014 ДДПП ПОП, протрузии дисков L1-L5. Радикулопатия L5, травма коленного сустава.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.09 | 154 | 4,6 | 4,8 | 23 | |  | | 1 | 3 | 46 | 41 | | 9 | | |
| 25.09 |  |  |  | 26 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.09 | 82,5 | 5,1 | 1,39 | 1,0 | 3,5 | | 4,1 | 4,0 | 85 | 12,2 | 3,0 | 4,8 | | 0,31 | 0,98 |
| 25.09 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 12,8 | 3,2 | 6,3 | | 0,5 | 0,85 |

12.09.18 Анализ крови на RW- отр

11.09.18 К – 4,34 ; Nа –132 Са++ -1,08 С1 – 100,5 ммоль/л

### 11.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк ½ эрит –0-0-1 в п/зр белок – 0,048 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -3-4 почечн - ед, уретр 0-1-2 в п/зр слизь +, бактерии +

13.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 14000 эритр - белок – отр

24.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 8500 эритр - 500 белок – отр

12.09.18 Суточная глюкозурия – 5,4%; Суточная протеинурия – 0,060 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.09 | 17,1 | 22,5 | 17,1 | 7,5 | 6,2 |
| 12.09 | 11,0 | 13,6 |  |  |  |
| 13.09 |  |  |  |  | 6,9 |
| 14.09 | 10,0 | 12,0 | 5,8 | 3,9 |  |
| 16.09 | 69 | 9,5 | 4,5 | 6,3 | 5,3 |
| 17.09 2.00-4,5 |  |  |  |  | 6,5 |
| 18.09 | 10,4 | 12,0 | 7,6 | 5,1 |  |
| 19.092.00-4,3 | 5,2 | 11,6 |  |  | 11,0 |
| 20.09 | 7,5 | 9,4 |  | 7,3 |  |
| 23.09 | 8,3 | 7,5 | 8,3 | 7,6 | 4,1 |
| 24.09 | 8,5 |  |  | 12,0 |  |
| 25.09 | 18,3 |  |  | 19.30-2,6 | 4,3 |
| 26.09 2.00-5,4 | 5,6 | 13,8 | 3,7 | 12,6 | 8,9 |
| 27.09 | 4,3 |  |  |  |  |

27.09.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ; Гл. дно: А:V 2:3 сосуды расширены, умеренно извиты, В макуле без особенностей.

10.09.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

11.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. Валаргин 3000 мг 1т 21р\д 1 мес.

11.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

13.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст с обеих сторон. 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 н/к сохранена .

18.09.18 МРТ ПКОП: МРТ признаки незначительно-выраженных дегенеративно дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника .Протрузии дисков в сегментах L4-L5, L5-S1.

10.9.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =12,3 см3; лев. д. V = 11,7 см3

Перешеек – 0,69 см

По сравнению с УЗИ от 07.2018 размеры железы увеличились, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктра крупнозернистая с мелким фиброзом. В левой доле в с/3 гиперэхогенны узел с широким ободком 1,8\*1,25 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, эспа-липон, армадин .эутирокс, L-тироксин, милдрокор, корвалол, каптопрес, физиолечение, норфлоксацин

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сухость во рту, жажда не беспокоит, уменьшились слабость, сонливость, онемение 1х пальцев стоп, сохраняются боли в ПОП. Дозы инсулина уменьшены, гипогликемические состояния отмечаются реже. Пациентка эмоционально лабильная на фоне перенесённого стресса в связи с чем достичь целевого уровня гликемии не удается. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 26-28ед., п/о-10-12 ед., п/уж -2-4 ед., Протафан НМ 22.00 28-30ед. при отсутствии адекватного гликемического контроля повторная госпитализация для коррекции инсулинотерапии.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии/ микроальбуминурии после нормализации анализов мочи.
6. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д, 1 мес бифрен 1т 3р/д 1 мес
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Канефрон 2т 3р/д 1 мес, нефрофит сбор 1пакет 3р/д 1 мес контрль ан. мочи по Нечипоренко, СОЭ через 1 мес.
9. УЗИ ОБП, МВС, в плановом порядке, контроль печёночных проб в динамике. Маркеры вирусных гепатитов В и С, при необходимости конс гастроэнтеролога.
10. Конс невропатолога по м/ж.
11. L-тироксин 100 мкг/сут контроль ТТГ через 6-8 нед, с послед конс эндокринолога с целью коррекции дозы, УЗИ щит железы 1р в год.
12. ЛКК с учетом лабильного течения СД, частых гипогликемических состояний, наличием осложнений СД, сопутствующей патологии направить на ВКК по м/ж для определения степени утраты трудоспособности.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.