#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 918

##### Ф.И.О: Мараховская Виктория Юрьевна

Год рождения:1967

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи, ул. Островского, 18

Место работы:, инв Ш гр.

Находился на лечении с 09.07.18 по 19.07.18 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 (NSS 6, NDS 6). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Полинодозный зоб IIст, узлы обеих долей и перешейка. Ожирение I ст. (ИМТ 32,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. ПМК 1 ст. СН 0. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст. сочетанного генеза ,церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состоянии в ночное время, .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г во время беременности, сахар крови – 15,0 ммоль/л . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния связанные с физ. нагрузкой., Гипогликемическая кома в 2011. Ранее вводила Фармасулин Н, Фармасулин НNP, Инсуман Базал, Инсуман Рапид. С 01.2012 в связи с нестабильной гликемией переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 20ед., п/о- 6ед., п/у-8 ед., Протофан НМ 22.00 – 18 ед. Гликемия –14,5 ммоль/л. НвАIс -11,2 % от 07.2018.. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 20 мг, амлодипин 10 мг веч. АИТ, узловой зоб выявлен в 2003. АТТПО – 610 МЕ/мл. ТАПБ в 2004 – цитологическая картина: аденоматозный узел с участками дегенерации и лимфоидной инфильтрацией. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 10.07 | 146 | 4,4 | 5,7 | 13 | |  | | 1 | 1 | 72 | 25 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 10.07 | 65,9 | 5,3 | 1,38 | 1,2 | 3,5 | | 3,4 | 4,2 | 109 | 12,4 | 25 | 6,3 | | 0,15 | 0,56 |

10.07.18 Глик. гемоглобин – 10,9 %

10.07.18 Анализ крови на RW- отр

12.07.18 Св.Т4 – 16,70; (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,38 (0,3-4,0) Мме/мл

10.07.18 К – 4,35; Nа – 136; Са++ - 1,16; С1 – 107 ммоль/л.

### 10.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025; лейк – 8-9-10 в п/зр. местами до 15, белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много; эпит. перех. – ед.; слизь - + на все п/зр.; бактерии +.

12.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2000, эритр., белок – отр

11.07.18 Суточная глюкозурия – 3,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.07.18 Микроальбуминурия – 29,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.07 | 11,2 | 12,3 | 6,0 | 18,1 |  |
| 12.07 | 10,9 | 16,5 | 4,6 | 5,1 | 3,0 |
| 13.07 **2.**00-11,8 |  |  |  |  |  |
| 15.07 |  | 10,1 13.00-2,8 | 11,9 | 15,3 | 9,7 |
| 16.07 2.00 -10,3 | 6,8 | 5,8 12.10 -3,1 | 13,1 | 10,5 |  |
| 18.07 | 5,7 | 11,5 | 7,3 | 12,3 |  |
| 19.07 |  | 7,1 |  |  |  |

09.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП 1 ст. сочетанного генеза ,церебрастенический с-м.

09.07.18 Окулист: VIS OD=0,7 OS = 0,8. Оптические среды прозрачны. Гл. дно: А:V 1:2 ход сосудов практически не изменен, стенки вен уплотнены. в макуле без особенностей.

09.07.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

10.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце ПМК 1 ст С Н 0. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

09.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,3 см3; лев. д. V =21,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, в пр доле н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,1\*0,8см, 1,2\*0,9 см., 0,76\*0,59 общий размер конгломерата 2,1\*1,5 см. В перешейке такие же узлы 0,98\* 0,65см и 1,6\*1,27 . ( 0,81\*0,6 и 1,51\*1,06 – 2016) В левой доли конгломерат таких же узлов 3,5 \* 2,5см. (3,5\*2,5 – 2016) Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей и перешейка.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма, армадин, кокарнит, амлодипин, асафен, нуклео ЦМФ

Состояние больного при выписке: За период стац лечения неоднократно корригировались дозы инслуина, однако уровень гликемии не соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к АД 130/90 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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 22-24ед., п/о-8-10 ед., п/уж -10-12 ед., Протафан НМ 22.00 24 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: амлодипин 5 мг веч, лизиноприл 10 мг утром. Контр. АД.
8. Диалипон 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.
9. Рек. невропатолога: бифрен 1т 2р/д 1 мес, нуклео ЦМФ 1т 22р/д 1 мес, церегин 10,0 в/ № 10, витамины гр В по схеме. а-липоевая кислота 600мг /сут
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.