#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 949

##### Ф.И.О: Ткаченко Ольга Анатольевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Хмельницкая обл. г. Изяслов, ул. Гагарина 27

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16 .07.18 по  23.07.18 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма (NSS 2). Диабетиеская ангиоретинопатия ОИ. Диффузный токсический зоб 1 ст. Тиреотоксикоз средней степени тяжести, рецидив. Метаболическая кардиомиопатия СНI. Анемия неясного генеза. СВД, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, отсутствие аппетита, тошнота, потеря веса 3-4 кг в течение последнего месяца..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. с того же периода инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. Со слов больной Актрапид НМ п/з 10-12 ед, п/у 4-6ед, Протафан НМ 22.00 – 12 ед Комы отрицает. Около 10 лет назад ( со слов больной) был установлен диагноз АИТ, тиреотоксикоз. Принимала 6 табл. тирозола (30 мг) периодически. В последующем неоднократно отмечала рецидив тиреотоксикоза, повторяла курсы тиреостатической терапии, последний с 10.2017 по 01.2018 - 30 мг тирозола. Со слов пациентки наблюдается по поводу АИТ в г. Киев, меддокументация, результаты анализов отсутствуют. В анамнезе железодефицитная анемия (со слов пациентки). Находилась на отдыхе в пгт Кириловка, где в течение 3х суток по неизвестным причинам не вводила инсулин. Доставлена в кетоацидотическом состоянии в Акимовскую ЦРБ, 16.07.18 для дальнейшей коррекции инсулинотерапии переведена в эндокриндиспансер.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.07 | 98 | 2,9 | 3,3 | 20 | |  | | 3 | 2 | 22 | 72 | | 1 | | |
| 21.07 | 91 | 2,8 | 3,1 | 18 | |  | | 3 | 4 | 32 | 51 | | 10 | | |
| 23.07 | 92 | 3,0 |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.07 |  | 3,7 | 1,65 | 0,81 | 2,1 | | 3,6 | 5,1 | 156 | 12,7 | 3,0 | 4,7 | | 0,49 | 0,85 |
| 19.07 | 91,1 |  |  |  |  | |  |  | 60 |  |  |  | |  |  |

16.07.18 Амилаза – 17,1 ед/д ( 0-90)

16.07.18 Гемогл – 102 ; гематокр – 0,33 ; общ. белок – 55,1 г/л; К – 3,95 ; Nа – 142 ммоль/л

18.07.18 ТТГ – 0,01 мкМЕ/мл ( 0,4-4,0). Т4св – 39,3 пМоль/л ( 11,5-22,7) АТПТО 171,0 МЕ/мл ( 0-35)

16.07.18 К – 3,63 ; Nа – 140 Са++ -1,13 С1 - 100 ммоль/л

18.07.18 К – 4,27 Na – 136,1

23.07.18 К- 3,8 Na 146,8

17.07.18 АЧТЧ- 30,9 МНО 1,27 ПТТ 78,9 фибр 2,4 вр св – 11 мин

22.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-93 мкмоль/л; креатинин мочи- 4675 мкмоль/л; КФ-118,2 мл/мин; КР- 98,2 %

### 16.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –3-4-5 эрит 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

16.07.18 ацетон 4+

С 21.07.18 ацетон отр

17.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -350 белок – отр

22.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

22.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр, УВ – 1007, диурез 3л

##### 22.07.18 Микроальбуминурия - взята

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 16.07 |  |  | 20.004,2 | 6,8 | 6,7 |
| 17.07 | 11,0 | 3,8 | 9,8 | 1,8 | 10,4 |
| 18.07 2.00-5,1 | 14,4 | 9,2 | 4,1 | 4,0 |  |
| 20.07 | 9,8 | 11.40-2,8 | 8,1 | 7,2 |  |
| 21.07 | 3,3 8.00-10,6 | 4,0 | 4,5 | 4,9 |  |
| 22.07 | 13,5 | 19,2 | 6,4 | 11,2 |  |
| 23.07 | 7,4 |  |  |  |  |

17.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма (NSS 2). СВД, церебрастенический с-м.

17.07.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, ед. сосудистые петли Ш порядка, ед, точечные геморрагии. В макулярной области без особенностей. Д-з: Диабетиеская ангиоретинопатия ОИ

17.07.18 ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. На ЭКГ от 12.07.18 данные теже.

23.07.17ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка..

17.07.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI.

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 1 мес,. Дообследование: ЭХО КС ( в связи с систолическим шумом)

16.07.18 Р-гр ОГП: легкие без инфильтративных изменений корни уплотнены, тяжистые, синусы свободные, сердце, аорта без особенностей.

20.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V =6,1 см3

Перешеек 0,27 см.

Щит. железа не увеличена, контуры неровные, Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, флуконазол, гепарин, альмагель, парацетамол, биолакт, ранитидин, гидозепан, диклофенак, димедрол, фуросемид, метоклопрамид 40% глюкоза, меробицид, альмагель, энтеросгель, лесфаль, берлитион, гидозепам, мезим, линекс, аспаркам, тирозол, каптоприл, ринрег, даррроу, р-р Хартмана, трисоль, сода, ксилат, стерофундин, ресоорбилакт, калия хлорид,.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, исчезли диспептические явления, нормализовался аппетит. У пациентки 21.07.18 рецидив гипертермии до 37,6С в течение дня на фоне антибактериальной терапии, анемия, ускорение СОЭ, лабильная гликемия. Нуждается в дальнейшей коррекции инсулинотерапии, в дообследовании, но по семейным обстоятельствам настаивает на выписке из стационара. АД 110/70-140/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение, дообследование в условиях терапевтического стационара по м/ж
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
3. Диета № 9,
4. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
5. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8-10 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ 22.00 10-12 ед.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Берлитион (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.
10. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в .нейротропин 4,0 в/в ,витамины гр В № 10
11. Тирозол 30 мг/сут под контролем Т4св 1р/мес, анализ крови АТрТТГ, В связи с длительностью течения тиреотоксикоза, неоднократными рецидивами нуждается в решение вопроса об оперативном лечении.
12. Нуждается в консультации гематолога, нефролога, КТ ОБП и почек.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.