#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1029

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

Год рождения: 1967

Место жительства: г. Пологи, Островского 18

Место работы: ЦККПУ общий отдел I секретарь Пологовскской РККПУ. Инв Ш гр.

Находился на лечении с 12.08.13 по 22.08.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия IIIст. ХБП I ст. Дисметаболическая (диабетическая) энцефалопатия I-II. Астеновегетативный с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма II ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Многоузловой зоб. Узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь I-II стадии III степени. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 4 кг за год, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80мм рт.ст., головные боли. Частые гипогликемические состояния, преимущественно в ночное время, чувство страха перед гипогликемическими состояниями.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. течение заболевание лабильное в анамнезе частые гипогликемические состояния, ацетонурия. 09.09.11 – гипогликемическая кома. 2012 – кетоацидотическое состояние. С начала заболевания инсулинотерапия: хумодар Р100Р,Б100Р, Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-18 ед., п/о- 8ед., п/у-10 ед., Протафан НМ 22.00 12ед. Гликемия –13 ммоль/л. В анамнезе АИТ, АТТПО 610 МЕ/мл в 2010, многоузловой зоб. ТАПБ - аденоматозный узел с участками кистозной дегенерации и лимфоидной инфильтрации от 2003. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.08.13Общ. ан. крови Нв – 171 г/л эритр – 5,3 лейк –6,3 СОЭ –30 мм/час

э- 1% п- 1% с- 67% л- 27 % м-4 %

13.08.13Биохимия: СКФ 88 мл./мин., хол – 5,7тригл -1,36 ХСЛПВП -1,37 ХСЛПНП – 3,71Катер -3,2 мочевина –5,6 креатинин – 92 бил общ – 10,4 бил пр –2,6 тим – 2,7 АСТ – 0,42 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

13.08.13Анализ крови на RW- отр

16.08.13Св.Т4 - 13,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/л

АТ ТГ – 377,5 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО – 59,1 (0-30) МЕ/мл

### 13.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк – -2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. – ум в п/зр

15.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

14.08.13Суточная глюкозурия – 3,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.08.13Микроальбуминурия –148,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.08 | 12,1 | 15,1 | 10,0 | 11,9 |  |
| 15.08 2.00-4,1 | 10,4 | 14,7 | 8,9 | 11,9 | 7,8 |
| 18.08 | 12,1 | 10,7 | 11,1 | 9,5 | 13,5 |
| 19.08 2.00-11,7 | 10,9 | 13,7 | 4,6 | 7,6 | 4,8 |

Невропатолог: Дисметаболическая (диабетическая) энцефалопатия I-II. Астеновегетативный с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма II ст.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD=21 OS=20

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.08.13ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь I-II стадии III степени. Риск 4.

2012 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V = 10,8 см3

Щит. железа увеличена за счет левой доли. Контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная. Мелкий фиброз. В пр. доле у перешейка изоэхенный узел с гидрофильным ободком 1,1\*0,62 см. Рядом такой же узел 0,8 см. В перешейке справа такой же узел 0,62 см в перешейке слева такой же узел 0,8\*0,5 см. В левой доле н/3 конгломерат таких узлов 3,14\*2,1 (2003 2,15\*1,05)см с кальцинатами. В правой доле у заднего контура гидрофильный очаг 0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей и перешейка.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, вессел дуэф, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, инъекция Протофана была перенесена на утренние часы в связи с боязнью больной ночных гипогликемий, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. гипогликемические состояния в стационаре не отмечались.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/о-6-8 ед., п/у-4-6 ед., Протафан НМ п/з 16-18ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: амлодипин 2,5 – 5 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
8. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Вессел дуэф 1 т 2р/д 20 – 30 дней.
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., атаракс ½ т утром ½ днем 1 т вечером, актовегин 1т\*3р/д до 3 мес, нейрорубин форте 1т/сут 1 мес.
11. В связи с появлением новых узлов и увеличением размеров пунктированного узла рекомендовано повторить ТАПБ. Повторная конс. в эндокриндиспансере.
12. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
13. Контроль СОЭ в динамике.
14. Б/л серия. АГВ № 234008 с 12.08.13 по 22.08.13. К труду 23.08.13г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.