#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 952

##### Ф.И.О: Сыроватко Виктория Вячеславовна

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье ул. Гоголя 163-33

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.07.17 по 13.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия -IV ст. хронический пиелонефрит, обострение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ. НЦД по смешанному типу. Артериальная гипертензия II ст 2 степени. Риск 3.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, гипогликемические состояния 3-4 р/ мес. .

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. – Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2004 в связи с частыми гипогликемическим состояниями переведена на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 5-6ед., п/о- 5-6ед., п/у- 5-6ед., Лантус 22.00 5-6ед. Гликемия –3-20 ммоль/л. Боли в н/к в течение 2 лет. АИТ, гипотиреоз с 1995. ТТГ –27,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 103,0 (0-30) МЕ/мл. 27.06.17 ТТГ – 0,24 (0,4-4,0). В настоящее время принимает эутирокс 125 мкг/сут (с 27.06.17, ранее принимала 150 мкг\сут). Повышение АД в течение 5 лет принимает фозикард 10 мг /сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 04.07 | 138 | 4,1 | 6,2 | 24 | 0 | 0 | 74 | 21 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.07 | 102 | 5,26 | 1,04 | 1,78 | 3,01 | 1,9 | 3,8 | 74 | 11,4 | 3,1 | 3,6 | 0,2 | 0,16 |

04.07.17 К –4,48 ; Nа –144,8 Са - Са++ - 1,15С1 - 103 ммоль/л

### 04.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

07.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 25500 эритр - белок – отр

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

05.07.17 Суточная глюкозурия –0,8 %; Суточная протеинурия – 0,025

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.07 | 8,5 | 9,9 | 7,0 | 8,3 |
| 07.07 | 5,0 | 8,0 | 5,7 | 7,5 |
| 10.07 | 7,3 | 8,3 | 5,7 | 8,4 |

07.07.17Окулист: VIS OD0,7сф- 0,5=1,0 OS0,7сф – 0,75=1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды извитые, больше артерии ,вен полнокровны. . В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

11.07.17 Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0.

08.07.17ЭХО КС: соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. Минимальная регургитация на клапане ЛА.

07.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

10.07.17Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, пиелонефрит, ремисиия.

04.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

13.07.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

12.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V = 7,2см3

Перешеек –0,7 см.

Щит. железа не увеличена, контуры бугристые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена ,местами значительно. Эхоструктура не однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, витаксон, фозикрад, эутирокс, тивортин, левофлоксацин, канефрон, флуконазол, канефрон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 5-7ед., п/о- 5-7ед., п/уж -5-7 ед., Лантус 22.00 21-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Фозикард 5 мг 1р\д. контроль АД.
8. Эспа-липон 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. Конс. невропатолога по м\ж
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в -3-6 мес. Эутирокс125 мкг утром натощак за 30 мин до еды
11. Рек. нефролога: наблюдение нефролога п ом\ж, курсы сосудистой терапии, фитотерапия – канефрон или нефрофит.
12. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В