#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 702

##### Ф.И.О: Корытько Валентина Ивановна

Год рождения: 1955

Место жительства: Токмакский р-н, г .Токмак, ул. В. Вишиванного, 253

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 11.05.17 по 06.06.17 в диаб. отд. (ОИТ 22.05.17-06.06.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1-II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Инцыденталома левого надпочечника. Ожирение I ст. (ИМТ 34,1 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4 ДЭП 1, цереброастенический с-м, астеноневротический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит с ферментативной недостаточностью (внутрисекреторной и внешнесекреторной). Гепатомегалия. С-м раздраженного кишечника со склонностью к запорам. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Кандидозный вульвовагинит. Фиброзная мастопатия. Соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/120 мм рт.ст., головные боли, боли за грудиной, ощущение сердцебиений, вздутие живота, запоры.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Длительно за мед помощью не обращалась, Последние 3 года принимала манинил 5мг 1-2 р/сут. В эндокрин. стационаре ранее не обследовалась, не лечилась. Ухудшение состояния с 17.04.17 когда при погрешности в питании появилась тошнота, рвота, боли в эпигастрии, пр подреберье, была госпитализирована в ЦРБ в связи с ацетонурией, где находилась 22.04.17-11.05.17. в связи с гипергликемией направлена в эндокриндиспансер для подбора инсулинотерапии. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р дробно 4р/сутки. Гликемия –7,0-13,0 ммоль/л. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.05 | 92 | 2,8 | 4,3 | 7 | 1 | 0 | 76 | 21 | 2 |
| 29.05 | 152 | 4,6 | 4,7 | 7 | 1 | 0 | 68 | 28 | 3 |
| 03.06 | 152 | 4,6 | 9 | 7 | 2 | 2 | 62 | 30 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.05 | 77,3 | 3,7 | 2,14 | 0,97 | 1,75 | 2,8 | 2,7 | 85,7 | 16,7 | 4,2 | 1,6 | 0,41 | 1,41 |
| 22.05 |  |  |  |  |  |  |  |  | 14,8 | 3,7 | 2,3 | 0,14 | 0,51 |
| 25.05 |  | 4,4 | 1,62 | 1,07 | 2,6 | 3,1 | 2,1 |  | 11,7 | 2,9 | 3,1 | 0,17 | 0,26 |

25.05.17 амилаза – 35,6 диастаза- 561,4

12.05.17 К – 3,23 ; Nа –140,7 Са – 2,6 - ммоль/л

22.05.17 Гемогл – 126 ; гематокр –0,38 ; К – 3,35 ; Nа – ммоль/л

31.05.17 АКТГ – 3,0нг/мл (7,2-63,3) кортизол 16,99 ( мкг/дл ( 1,2-19,4)

01.06.17 пролактин 14,3 нг/мл(4,9-40)СТГ 1,11 нг/мл (<8,0)

02.06.17 Т4св- 20,7 (10-25) ммол/л, ТТГ – 0,7 ( 0,4-4,0)Ммоль/л.

24.05.17 К – 3,4 Ммоль/л.

27.05.17 К – 3,5 Ммоль/л.

27.05.17 К – 4,2 Ммоль/л.

31.05.17 К – 3,8 Ммоль/л.

06.06.17 К – 3,63 Ммоль/л.

16.05.17 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

24.05.17 Проба Реберга: креатинин крови-74,8 мкмоль/л; креатинин мочи-5390 мкмоль/л; КФ- 49,6мл/мин; КР- 98,47 %

### 25.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1002 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

22.05.17 ацетон 3+

С 28.05.17 ацетон - отр

15.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -143750 эритр - 1500 белок – отр

16.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -32500 эритр - белок – отр

23.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4000 эритр -250 белок – отр

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

15.05.17 Суточная глюкозурия – 0,5; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.05 | 4,8 | 5,3 | 5,4 | 4,0 |  |
| 17.05 | 6,7 | 5,5 | 4,9 | 7,1 |  |
| 22.05 |  | 18,23 | 3,1 | 5,7 | 5,5 |
| 24.05 | 4,5 | 6,4 | 4,4 | 4,2 | 5,0 |
| 25.05 | 6,3 | 6,4 | 4,7 | 4,6 | 5,5 |
| 27.05 | 6,8 | 6,6 | 5,6 | 6,9 | 5,2 |
| 29.05 | 6,6 | 6,1 | 8,0 | 7,1 | 4,5 |
| 30.05 2.00 4,2 | 7,5 | 6,9 | 7,1 | 7,1 |  |
| 03.06 | 6,3 | 6,8 | 5,4 | 7,6 |  |
| 05.06 | 8,3 | 8,4 | 6,9 | 5,3 |  |

27.05.17Невропатолог: ДЭП 1, цереброастенический с-м, астеноневротический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Рвота психогенного генеза

12.05.17 Окулист: факосклероз Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты склерозированы, с-м Салюс 1– II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

24.05.17ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

24.05.17 Р-скопия ЖКТ: Недостаточность кардии 1- II ст. Хр. гастродуоденит хр. панкреатит.

26.05.17 досмотр р-скопии ЖКТ Бариевая маса в слепой восходящей кишке, поступила через печеночный угол.

18.05.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг 2р\д карведилол 12,5 мг\сут. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

25.05.17 ФГДЭС: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

29.05.17 КТ ОБП: КТ признаки инсиденталы надпочечника (аденома), гепатомегалии «водянки» желчного пузыря, аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы ( II ст) дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника

30.5.17 осмотр доц. Гайдаржи Е.И: на момент осмотра данных за острый живот нет.

30.05.17 осмотр асс каф. госпитальной хирургии ЗГМУ кмн Подлужного А.А.: аденома левого надпочечника, САГ? Рекомендовано дообследование.

30.05.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Хр. панкреатит с нарушением секреторной функции вне обострения. Хр.гастродуоденит нестойкая ремиссия. Аденома левого надпочечника. САГ. Грыжа ПОД. Рек: меверин 1к 2р/д за 20 мин до еды 10д. гастронорм 2т 2р/дза 30 мин до еды 2 нед. даларгин 1,0 в/м 10 дней. фосфалюгель 1т 3р/д через 30-40 мин после еды 7-10 дней). Мотилиум 1к 3р/д 7-10дней

19.05.17Нефролог: Показано проведение дообследования: повторный ан. мочи после подготовки, осмотр гинеколога.

26.05.17Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. ГЭРБ? ГПОД 1-II ст?. эрозивный гастрит в стадии обострения СРК по смешанному типу. Нуждается в консультации торакального хирурга.

30.05.17 Гастроэнтеролог: хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии. Дискинезия желчевыводящих путей по гипоторному типу. Хронический панкреатит с ферментативной недостаточностью (внутрисекреторной и внешнесекреторной ). Гепатомегалия. С-м раздраженного кишечника со склонностью к запорам. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

02.06.17 Гинеколог: кандидозный вульвовагинит. Фиброзная мастопатия. Фиброаденома левой МЖ? рек.: УЗИ МЖ. Флуконазол 150 мг 1р\сут по схеме 1, 4, 7 день; йогурт-норм 2к 3р/д за10 мин до еды; макмирор комплекс p/v № 8.

30.05.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени и поджелудочной железы, гепатомегалии, деформации желчного пузыря, умеренного застоя желчи.

31.05.17 психиатр: соматоформная вегетативная дисфункция ЖКТ.

23.05.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

06.06.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9см3; лев. д. V =5,3 см3 Перешеек –0,4 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: гепарин, альмагель, энтеросгель, цефтриаксон, левофлоксацин, пирацетам, берлитион, папангин, ранитидин, метоклопрамид, Хумодар Р100Р, индапрес, каптоприл, валерьяна, мотилиум, риобал, пантокар, меверин, эналаприл, фенигидин, ксилат, рингер, аспаркам, ККБ, креон, липразид, гастронорм, фосфалюгель, тринефрон, эгланил, аминозин эглонила (с 31.05.17), димедрол, тималин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Уменьшились частота и интенсивность диспептических явлений на фоне рекомендаций психиатра: введения аминозина, эглонила и рекомендаций гастроэнтеролога, рвота 04.06.17-05.06.17 отсутствовала, 06.06.17 – однократно. Тошнота и рвота не связаны с наличием кетоновых тел и уровня сахара крови. ЯМР головы не проведено из-за наличия металлической конструкции в н/к. Стул -сохраняются запоры до 2-3 суток, отмечается при приеме слабительных.

Рекомендовано:

1. Продолжить дообследование и лечение в условиях терап. отд ЦРБ.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
3. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: На период сохраняющейся тошноты и рвоты продолжить Хумодар Р100Р п/з4-6 ед, п/о 2-4 ед, п/у 2-4 ед, в 22.00 – 2-4 ед., при нормализации состояния перевести на Хумодар Б100Р п/з 10- 12ед, в дальнейшем при отсутствии диспептических явлений возможен перевод на таблетированные ССТ.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, карведилол 12,5 мг утром, при недостаточном эффекте индапрес (индап) 2,5 мг утром. Контр. АД.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. Рек гастроэнтеролога: стол №5 режим питания, холоплант 1п 3р\д за 15-30 мин до еды 1 мес. пангрол 10 т. (мезим 10тыс.) 1т3р/д 1 мес меверин 1т 2р\д за20 мин до ед 10-12 дней, де-нол 2т 2р\д за 30 мин до еды 2-4 нед.
10. Рек психиатра: эгланил 2,0в/м утром № 12, аминозин 2,5% - 2,0 в/м на ночь № 10.
11. С учетом изменений в анализах АКТГ рекомендовано повторить АКТГ и кортизол в динамике. УЗИ надпочечников через 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В