#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 490

##### Ф.И.О: Гончарова Нина Николаевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Приморский р-н, г .Приморск ул. Пролетарская 43

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.04.18 по 17.04.18 в энд. отд. (ОИТ 04.04.18-10.04.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние 1ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ 2 ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за 5 лет , ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: В 2013 выявлен цирроз печени, со слов больной, в этот же период впервые фиксировались повышение гликемии 6,0-6,5 ммоль/л. ССТ не принимала. У эндокринолога не наблюдалась. Ранее, со слов больной злоупотребляла алкоголем. Ухудшение состояния в течение 6 мес, резкое ухудшение в течение 3 дней. 01.04.18 самостоятельно сдала ан. крови на глюкозу – 33,4 ммоль/л, глик гемоглобин - 13,9%. 04.04.18 самостоятельно обратилась к эндокринологу ОКЭД. В ургентном порядке госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, купирование явлений кетоацдоза .

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.04 | 139 | 4,19 | 6,0 | 51 | | 196 | | 2 | 1 | 63 | 29 | | 5 | | |
| 09.04 | 116 | 3,494 | 4,4 | 40 | | 199 | | 3 | 3 | 47 | 37 | | 1 | | |
| 11.04 | 115 | 3,4 | 4,2 | 35 | | 254 | | 1 | 0 | 52 | 41 | | 6 | | |
| 16.04 |  |  | 5,3 | 49 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.04 | 20,6 | 3,77 | 2,16 | 0,92 | 1,86 | | 3,1 | 4,5 | 228,8 | 11,2 | 2,3 | 19,5 | | 0,19 | 0,21 |
| 11.04 | 61,6 |  |  |  |  | |  | 4,3 | 75 |  |  |  | |  |  |
| 16.04 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 12,8 | 3,0 | 12,3 | | 0,34 | 0,14 |

13.04.18 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –118,0 (0-30) МЕ/мл

04.04.18 Гемогл – 139 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок –82,8 г/л; К –4,47 ; Nа – 137 ммоль/л

16.04.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

06.04.18 К – 3,51 ; Nа – 135

04.04.18 АЧТЧ 30,2 МНО 1,36 ПТИ 75,7 фибр 3,3

06.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-79 мкмоль/л; креатинин мочи- 8030 мкмоль/л; КФ-318 мл/мин; КР- 99,2 %

### 04.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 06.04.18 ацетон – отр

### 09.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

05.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – 0,083

10.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

06.04.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,064

12.04.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 12.04.18 Микроальбуминурия –71,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.04 |  | 13,6 | 11,7 | 7,0 | 6,9 |
| 06.04 2.00-9,4 | 6,6 | 6,5 | 8,1 | 11,1 |  |
| 08.04 | 8,1 | 9,4 | 3,9 | 6,4 |  |
| 10.04 |  |  | 7,4 | 6,0 |  |
| 11.04 | 8,3 | 10,0 | 9,8 | 9,4 |  |
| 13.04 | 4,1 | 10,6 | 11,2 | 11,6 |  |
| 14.04 | 6,2 | 10,5 | 9,5 | 11,5 |  |
| 15.04 |  | 7,9 |  | 10,4 |  |

10.04.18Невропатолог: Данных за очаговую неврологическую патологию нет .

05.04.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, выраженный ангиосклероз. Вены полнокровны, с-м Салюс II ст. В макуле ед. друзы Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

05.04.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

04.04.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ 2 ст

13.04.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.04.18 Хирург: Хирургической патологии в данной момент нет.

16.04.18РВГ: 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 умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов

12.04.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы

17.04.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

17.04.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

04.04.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,8 см3; лев. д. V = 2,6 см3

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

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, предуктал MR, бисопролол, кораксан, атоксил, лесфаль, аспаркам, левофлоксацин, ранитидин,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Учитывая в анамнезе у пациентки цирроз печени? с целью дальнейшего дообследование направляется на конс в гепатоцентр

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з 18 ед, п/у 10 ед,
5. Повторная конс эндокринолога ОКЭД в динамике через 2-3 мес с результатами глик. гемоглобина, заключением гепатоцентра для определения дальнейшей тактики ведения пациентки
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, ивабрадин 5 мг 2р/д. дообследование ЭХОКС.
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Контроль ОАК в динамике, продолжить дообследование у семейного врача по м/ж, учитывая сохраняющиеся ускоренное СОЭ в ОАК
12. Направляется на конс. в гепатоцентр, со слов пациентки ранее диагностирован цирроз печени?
13. Конс гинеколога по м/ж ( в условиях эндокриндиспансера категорически отказалась)

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.