#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 896

##### Ф.И.О: Ганова Елена Петровна

Год рождения: 1961

Место жительства: Акимовский р-н, с. Шевченко ул. Солнечная 96

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.07.18 . по  16.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия –IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Постхолецистэктомический с-м. Хронический панкреатит, обострение с нарушением внутрисекреторной и внешесекреторной функции поджелудочной железы .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головокружение, тошноту, периодически ацетонурию при погрешности в диетотерапии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2008 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию в комбинации с сиофором, со слов больной отмечает плохую переносимость препаратов метформинового ряда. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 44ед., п/у- 42ед. + форксига 10 мг 1р/д, виктоза 1,2 мг 1р/д. Гликемия амбулаторно 8-12.ммоль/л . НвАIс - 9,8% от 04.2018. Ухудшение состояния в течение 3 дней, начала нарастать, тошнота, рвота. 02.07.18 в терап отд по м/ж проведен курс дезинтокскационной терапии, в связи с ацетонурией 3+. 03.07.18 в условиях эндодиспансера ацетон мочи – отр, глюкоза крови 7,7 ммоль/л. Госпитализирована в эндодиспансер для коррекции инсулинотерапии, купирования явлений ацетонурии, лечения хр. осложнений СД. Повышение АД с 2005 принимает нолипрел форте 1т 1р/д. В 2018 проходила лечение в онкологич. Диспансере г. Мелитополь по поводу образования на кожи лица ( меддокументация не предоставлена)

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.07 | 128 | 3,8 | 5,5 | 21 | |  | | 2 | 1 | 62 | 32 | | 3 | | |
| 12.07 | 134 | 4,0 | 5,8 | 24 | |  | | 2 | 1 | 60 | 35 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.07 | 96,4 | 4,1 | 1,18 | 1,38 | 2,2 | | 2,0 | 4,1 | 94 | 9,7 | 2,5 | 1,18 | | 0,6 | 0,2 |

04.07.18 К – 3,95 ; Nа –138 Са++ - 1,08С1 – 105 ммоль/л

09.07.18 АЧТЧ – 23,5 МНО 0,8 ПТИ 122 фибр – 4,3

05.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-87 мкмоль/л; креатинин мочи-7040 мкмоль/л; КФ- 89,8мл/мин; КР- 98,8 %

### 05.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1034 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. -1-2 в п/зр

06.07.18 ацетон – следы.

С 09.07.18 ацетон мочи – отр

12.07.18 ацетон мочи – отр

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

05.07.18 Суточная глюкозурия – 4,2%; Суточная протеинурия – 0,08

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.07 |  | 7,7 |  |  | 4,8 |
| 04.07 | 7,4 | 6,2 | 8,6 | 9,4 |  |
| 06.07 | 6,6 | 7,5 | 8,2 |  |  |
| 07.07 |  |  |  | 9,0 |  |
| 08.07 | 8,5 | 11,5 | 9,5 | 6,5 |  |
| 10.07 | 6,5 | 7,5 | 6,4 | 7,3 |  |
| 15.07 | 4,1 | 6,5 | 6,9 | 9,8 |  |

11.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

27.04.18Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: А:V 1:2 сосуды извиты, склерозированы ,вены неравномерного калибра, с-м Салюс 1 ст. Единичные Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ

03.07.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

06.07.18.Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

12.07.18 Гастроэнтеролог: Постхолецистэктомический с-м. Хронический панкреатит, обострение с нарушением внутрисекреторной и внешесекреторной функции поджелудочной железы .

04.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

03.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6см3; лев. д. V = 4,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

25.04.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.04.18Дупл. сканирование вен н/к: протокол на руках

13.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст желчный пузырь удален, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики

02.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,7 см3; лев. д. V = 6,9 см3

Перешеек –0,48 см.

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

Лечение: атоксил, ксилат, диалипон, джардинс, форксига, нолипрел, виктоза, диалипон, Фармасулин НNP, креон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшилась сухость во рту, жажда, боли в н/к . Ацетон мочи – отр 12.07.18, показатели гликемии в пределах допустимых значений. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин. С пациенткой проведена беседа о необходимости режима диетотерапии, контроля показателей гликемии, ацетонурии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-40-44 ед., п/уж -38-42 ед., Джардинс или форксига 10 мг 1р/д . Контроль показателей ацетонурии в динамике.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д дообследование ЭХОКС
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг 1т 1р/д 2 мес, нуклео ЦМФ 1т 2р/д , витамины гр В по схеме.
10. Рек гастроэнтеролога: стол № 5,9 режим питания, креон 10 тыс 1т 3р/д во время еды 1 мес. контроль амилазы панкреатической, лиапзы панкреатической, после лечения повторный осмотр с результатами анализов.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.