#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 758

##### Ф.И.О: Самсыка Руслан Николаевич

Год рождения: 1976

Место жительства: Запорожский р-н пгт Балабино ул. Дружбы, 60

Место работы: КУ «ЗРЦПМСП Григоревский ФАП» заведующий (фельдшер )

Находился на лечении с 31.05.18. по 08.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый (вторичный), средней тяжести,. впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН0-I. Хронический панкреатит в стадии обострения. Формирующаяся киста поджелудочной железы.

Жалобы при поступлении на общую слабость ,сухость во рту, повышение АД до 160/100 мм рт ст. эпизодически, снижение масы тела на 3 кг за 3 нед.

Краткий анамнез: СД установлен впервые . однако окло 3 лет назад при сдаче глюкозы крови натощак ( со слов) – 6,7 ммоль/л. Не наблюдался, не лечился, С 17.05.18 по 30.05.18 находился в х/о ЗОКБ по поводу обострения хр. панкреатита, формирующейся кисты поджелудчоной железы. От 17.05.18 глюкоза крови – 21,3 ммоль/л. от 29.05.18 ацетон мочи – слабо положительный. 22.05.18 С- пептид – 1,71 нг/мл (диасервис) В условиях ЗОКБ получал инсулин короткого действия ( на руках Актрапид НМ – приобрел самостоятельно). Вводил п/з 10 ед, п/ро- 8 ед, п/у 8 ед, 22.00 – 8 ед . госпитализирован для подбора ССТ.

Анамнез жизни: повышение АД около 3 лет до 145-165/100 мм рт ст, гипотензивные не принимает. В наст. время принимает: креон 25 тыс 3р/д, пантопрозол 40 мг 2р/д В анмнезе анафилактический щок на новокаин, бициллин.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 31.05 | 158 | 4,56 | 5, | 7 | |  | | 1 | 1 | 65 | 30 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 31.05 |  |  |  |  |  | |  | 3,9 | 104 | 26,3 | 4,7 | 7,4 | | 0,71 | 0,49 |
| 01.06 |  | 6,65 | 2,08 | 1,35 | 4,35 | | 3,9 |  |  | 45,1 | 13,2 |  | |  |  |
| 03.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 28,8 | 6,6 |  | |  |  |

01.06.18 Амилаза – 20,4 диастаза – 48,0

01.06.18 Глик. гемоглобин – 9,6%

31.06.18 Гемогл –158 ; гематокр – 0,42 ; общ. белок – 78,3 г/л; К – 3,62 ; Nа –138 ммоль/л

03.06.18 К – 4,3 ; Nа – 144,1Са++ - С1 - ммоль/л

21.05.18 Ачтч – 28,6 МНО – 1,1 ПТИ – 99,2 фибр – 3,1

02.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-87 мкмоль/л; креатинин мочи- 2860 мкмоль/л; КФ- 58,8мл/мин; КР- 96,4 %

### 31.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

01.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – отр

03.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,027

05.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,047

02.06.18 Суточная глюкозурия –0,48 %; Суточная протеинурия – 0,182

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.05 |  |  | 10,7 | 7,8 | 7,0 |
| 01.06 2.00-7,9 | 8,5 | 7,1 | 10,5 | 7,8 | 7,4 |
| 02.06 | 7,7 | 8,9 | 8,0 | 5,1 | 9,0 |
| 03.06 | 8,5 | 10,3 | 6,8 | 7,4 |  |
| 04.06 2.00-7,3 | 7,5 | 12,1 | 7,3 | 8,4 |  |
| 05.06 | 7,9 | 10,3 | 9,7 | 10,3 |  |
| 07.06 | 4,7 | 9,5 | 8,8 | 6,9 | 8,0 |

07.06.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; Факосклероз.

Гл. дно: ДЗН сероватый. Границы четкие. сдвиг СН в носовую сторону. ОИ: ангиосклероз с-м Салюс 1. Вены арсшиерны сосуды умеренно извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.05.18 ФГ ОГК № 112364: сердце и легкие без патологии.

31.05.18 ЭКГ: ЧСС 70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

05.06.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0-I.

Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*2р/д., 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

05.06.18 Хирург: В данный момент хирургической патологии нет.

05.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

31.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V = 6,1 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, мефармил, креон, золопент, левофлоксацин, эналаприл, вазилип

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах компенсированых значений. Сухость во рту не беспокоит. АД 120/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Протафан НМ п/у 16 -18 ед.
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес.
7. УЗИ МВС, контроль протеинурии / микроальбуминурии через 3 мес на фоне нормальных анализов мочи по нечипоернко для уточнения наличия диабетической нефропатии.
8. Гиполипидемическая терапия: вазилип 20 мг 1т веч контроль липидограмы через 3 мес
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5-10 мг веч, Контр. АД.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Б/л серия. АДЛ № 177554 с 31.05.18. по 08.06.18 к труду 09 .05.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.