#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 841

##### Ф.И.О: Чобля Нина Степановна

Год рождения: 1946

Место жительства: Вольнняский р-н, г. Вольнянск ул. Бочарова 7-4

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 18 06.18 по  22.06.18 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Узловой зоб 0-1 ст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние. (клинически). Ангиопатия сетчатки, начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Са capiti pancreas TIVN1Mx St III кл гр .Органическое тревожное расстройство с умеренно выраженным когнитивным снижением

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, выраженную общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически боли в левом подреберье, вздутие живота, неустойчивый стул.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г при обследовании у терапевта. Весь период соблюдала диету, принимала отвары ССТ. с 05.2018 в связи с гипергликемией начал прием диаформина. В 05.-062018 находилась в терап отд Вольнянской ЦРБ, где в связи с гипергликемией, ацетонурией, наличием сопутствующей патологии назначена инсулинотерапия. Принимала Хумодар Р100Р п/з 12 ед, п/о 12 ед, пу/8 8 ед, 22.00 8 ед, Гликемия –6,3-8,2 ммоль/л. Артериальная гипертензия более 10 лет, гипотензивную нерегулярно принимала, в анамнезе ДЭП, патология МАГ. В 06.2018 выявлено образование поджелудочной железы. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.06 | 155 | 4,7 | 5,9 | 10 | |  | | 1 | 2 | 64 | 28 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.06 | 47,1 | 3,22 | 1,1 | 1,38 | 1,34 | | 1,3 | 3,0 | 101 | 10,8 | 2,6 | 4,6 | | 0,46 | 0,82 |

18.06.18 Амилаза 13,2

18.06.18 Гемогл –148 ; гематокр –0,48 ; общ. белок – 81 г/л; К –3,55 ; Nа – 145 ммоль/л

19.06.18 К –38 ; Nа –140 ммоль/л

19.06.18 АТЧТ - 31,4 МНО 0,98 ПТИ 102 фибр – 3,0

20.06.18 Проба Реберга: креатинин крови- 97мкмоль/л; креатинин мочи- 5610 мкмоль/л; КФ- 67,3мл/мин; КР- 98 %

### 19.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,3 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

20.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,032

20.06.18 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – 0,042

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.06 |  |  | 1,9 | 7,2 |  |
| 19.06 2.00-5,7 | 11,3 | 11,3 | 11,9 | 4,4 | 4,3 |
| 20.06 2.00-5,3 | 7,3 | 7,6 | 9,3 | 8,1 | 5,9 |
| 21.06 | 7,5 | 10,5 | 8,3 | 12,0 | 11,1 |
| 22.06 | 8,5 |  |  |  |  |

18.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. деколорация височной половины. Венный пульс сохранен. Артерии и вены сужены, ангиосклероз, с-м Салюс 1. Сосуды извиты. Макулярная область и задний полюс без особенностей. ДЗ: ангиопатия сетчатки, начальная катаракта ОИ. Частичная атрофия зрительного нерва ОИ?.

18.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

21.06.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т. Дообследование ЭХОКС.

21.06.18 Осмотр психиатра: Органическое тревожное расстройство с умеренно выраженным когнитивным снижением. Рек: сульпирид 200 мг 1/2т 2р/д 2 мес, затем ¼ т 2р/д, утром + вечер 1 мес, мебикар 500 мг 1т 3р/д 2 нед , далее 300 мг 1т 3р/д 1 мес, сермион 30 мг 1т утром 1 мес, фенозепам 0,0005 1т на ночь 5 дней далее при тревоге.

20.06.18 Хирург: Са capiti pancreas? TIVN1Mx St III кл гр 4.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура, крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,3 см. В левой доле в н/3 гидрофильный узел 0,78\*0,68 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, лесфаль, метаклопромид, атоксил, берлтион, глюкоза 40 % аспаркам ,фенигидин, линекс, эналаприл, сульпирид, корвалол.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, но целевые значения не достигнуты из-за сопутствующей патологии, диспептических явлений. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-20-22 ед., п/уж -10-12 ед.

При гипергликемии, с учетом сопутсвующей патологии коррекция дозы эндокринологом по м/ж.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, Контр. АД.
3. Диалипон 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.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Повторный осмотр с результатами анализов гормонов щит железы.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.