#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 391

##### Ф.И.О: Деркач Андрей Иванович

Год рождения: 1971

Место жительства: Запорожье ул. Культурная 105

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.03.18 по 21.03.18 в диаб. отд.(ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Цирроз печени, класс А по Чайлд- Пью, декомпенсированный, портальная гипертензия II. Спленомегалия. Асцит. С-м Мелари-Вейса. Состояние после желудочно-кишечного кровотечения(09.03.18) Постгеморрагическая анемия. Гипертоническая болезнь II-Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I- II А Риск 4. ДЭП 1- II, смешанного генеза, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, тошноту, жажду, сухость во рту, шаткость при ходьбе, ухудшение зрения, онемение нижних и верхних конечностей, повышение АД до 220/110 мм рт ст. снижение аппетита.

Краткий анамнез: С 2008 периодически отмечалась гипергликемия при сдаче анализов, не обследовался, на «Д» учете не состоял В 2016 в связи с гипергликемией был госпитализирован в эндокриндиспансер, рекомендован прием Диабетона MR 120 мг, метформин не назначался в связи с частым употреблением алкоголя. ССТ в амбулаторных условиях принимал нерегулярно. Комы отрицает. В 07.2017 перенес кетоацидотическое состояние, лечился в МСЧ «Мотор СИЧ» 09.03.18 после употребления накануне алкоголя и погрешности в питании был эпизод рвоты кофейной гущей, на следующий день отмечал темный жидкий стул, в последующие сутки стул нормализовался, но с того момента стал отмечать выраженную общую слабость, отеки н/к. За мед помощью не обращался. Настоящее ухудшение состояния с 17.03.18 связывает с гипертоническим кризом, был доставлен на приёмный покой 1-й ГБ, где определена гипергликемия до 30 ммоль/л, направлен в ОКЭД. С учетом гликемии 23.0 ммоль/л госпитализирован в ОИТ.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 5 лет, гипотензивная терапия нерегулярная. В 02.2018 со слов пациента перенес паропроктит. Узловой зоб, узел левой доли выявлен в 2014. ТАПБ не проводилась. АТТПО – 10,6 МЕ/мл (0-35) от 2014

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | Тр | э | п | с | л | м |
| 17.03 | 66 | 2,0 | 6,8 | 32 | 169 | 2 | 5 | 72 | 12 | 9 |
| 18.03 | 66 | 2,1 | 6,4 | 42 | 164 | 4 | 1 | 64 | 27 | 7 |
| 19.04 | 66 | 2,18 | 6,2 | 41 | 172 | 1 | 3 | 69 | 22 | 5 |
| 20.03 | 70 | 2,26 |  |  | 184 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.03 | 34,0 |  |  |  |  |  | 11,5 | 218 | 11,9 | 2,9 | 9,5 | 0,74 | 1,3 |
| 19.03 | 62,2 | 3,74 | 2,19 | 0,96 | 1,788 | 2,9 | 11,2 | 150 |  |  | 4,1 | 0,45 | 0,7 |

17.03.8 Амилаза – 49,5

20.03.18 Глик. гемоглобин – 8,2%

20.03.18 ТТГ – взят

17.03.18 К –5,2 ; Nа – 132 Са++ 1,15- С1 -98 ммоль/л

17.0.18 К – 3,53 Na 129,3

19.03.18 К – 4,27 Na 127,4

20.03.18 К – 4,89 Na 136

21.03.18 К – 3,5 Na 135,9

17.03.18 АЧТЧ - 23 МНО – 1,11 ПТИ – 91 Фибр 2,9 фибр В – отр вр. св – 7мин.

19.03.18 АЧТЧ – 22,6 МНО – 1,01 ПТИ 99,2 ПЧТ 13,1 фибр – 2,7

19.03.18 Проба Реберга: креатинин крови-150 мкмоль/л; креатинин мочи- 7100 мкмоль/л; КФ- 88,4мл/мин; КР-97,3 %

### 17.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 эрит – 0-2 лейк –3-5 в п/зр белок – 0,252 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр соли оксалаты.

18.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -750 белок – 0,435

19.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -2500 белок – 0,118

19.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,322

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 17.03 |  | 22,8 | 19,1 | 15,7 | 16,2 |
| 18.03 2.00-14,9 | 9,6 | 15,0 | 12,2 | 9,4 | 8,3 |
| 19.03 1.30-7,6 | 10,2 | 14,4 | 14,2 | 5,2 | 6,0 |
| 20.03 2.00 -11,7 | 9,1 | 16,6 | 17,5 | 8,5 | 10,1 |
| 21.03 | 12,6 |  |  |  |  |

19.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2) ДЭП 1-II, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Рек: УЗДС МАГ, а-липоевая кислота 600 мг в/в кап № 10, L-лизин эсцинат 10,0 в/в № 3 актовегин 10,0 в/в кап при усилении болевого с-ма в/в ксефокам 8 мг.

19/03/18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии сужены, вены расширены, уплотнены, с-м Салюс 1, микроанеризмы, ед. точечные геморрагии. В макуле рефлекс сглажен. на периферии перегруппировка пигмента. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.03.18 ЭКГ: ЧСС -82 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. На ЭКГ от 17.03.18 – синусовая тахикардия 120 /мин, остальные данные те же

20.03.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II-Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I- II А Риск 4. Рек: ЭХОКС Nt pro BNP, ан. крови на общий белок, протеинограмма, конс нефролога, небивалол 5-10 мг, при недостаточном эффекте физиотенс 0,2 мг/сут, трифас 10 мг 1т утром 3-4 дня.

19.03.18 Р-гр ОГК: легкие без инфильтрации , корни фиброзно изменены, сердце – без особенностей

17.03.18 ФЭГДС: фиброзные эрозии н/3 пищевода (с-м Мелори-Вейса)

19.03.18-21.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Микронодулярный цирроз печени ст. А по Чайлд Пью. С-м портальной гипертензии Гепато-лиенальный с-м Ненапряженный асцит. С-м Мелори Вейса. состояние после ЖКК. 09.03.18 Постгеморрагическая анемия.

20.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу цирроза с признаками портальной гипертензии, спленомегалии, асцитом, фиброзирования поджелудочной железы, мелких конкрементов, микролитов в почках без нарушения урокинетики.

20.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,4 см3; лев. д. V = 6,6 см3

Перешеек –0,4 см.

В задних отделах н/3 левой доли образование 1,42\*1,0 см, четко очерченное, гипоэхогенной, неравномерной структуры, с мелкими анэхогенными включениями, умеренно выраженными признаками дорзального усиления. Кровоток в описанном образовании по периметру усилен, в центре обеднен. В передних отделах, на границе и в с/3 левой доли лоцируется образование до 0,7 см с гипоэхогенным ободком, структура изоэхогеннна окружающим тканям. На остальном протяжении эхоструктура нормальной эхоинтенсивности, диффузно неравномерная с чередованием гипоэхогенных и гиперэхогенных участков, мелкими фиброзными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Паращитовиные железы четко не лоцируются.

Лечение: Хумодар Р100Р, Генсулин Р, Генсулин Н, атоксил, каптопрес, нолипрел, конкор, гепарин, эссенциале, корвалол, магнезия, пирацетам, мефармил, диклофенак, фуросемид, аспаркам, калия хлорид, ондасетрон, каптоприл, дексаметазон, димедрол, суфер, солкосерил, альмагель ,клатинол, квамател, масло облепихи, этамзилат, L-лизин эсцинат, берлитион, актовегин,, ксилат, реамбирин, реосорбилакт, рингер, тиамин.

Состояние больного при выписке: За время пребывания в стационаре больной обследован, установлен ДЗ: цирроз печени, требующий дообследования (биопсия) в условиях отд трансплантации и эндокринной хирургии. Перевод согласован на 21.03.18 с зав отд. АД 150/90 – 160/100 мм рт ст

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-18-20 ед., п/о- 16-18ед., п/уж -14-16 ед., Генсулин Н 22.00 16-18 ед.
5. Учитывая наличие сопутствующей патологии и противопоказания для приема таблетированных ССП, рекомендована инсулинотерапия. При стабилизации общего состояния и биохимических показателей показана конс эндокринолога для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. ТАПБ узла щит железы с послед. конс эндокринолога.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.