#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 262

##### Ф.И.О: Негрей Вера Владимировна

Год рождения: 1957

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Богатыревка ул. Ленина 92

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 22.02.18 по 05.03.18 в диаб. отд. (ОИТ 23.02.18-01.03.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки ОИ. Риск 4. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на общую слабость, учащенный ночной диурез до 4-5 раз умеренную сухость во рту, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, запоры, тяжесть в правом подреберье, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен впервые. Состояние резко ухудшилось 27.02.18 обратилась за мед помощью 02.02.18 Выявлена гипергликемия 24,0 ммоль/л глюкометром, ацетон мочи 3+. Получала лечение в ОРИТ Вольнянской ЦРБ. Подобрана инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8 ед., п/о-8 ед., п/у- 8ед., Протафан НМ 22.00 10 ед. однако при выписке сохранялась ацетонурия, были проведены ректороманоскопия, ирригоскопия, УЗИ ОБП, причины ацетонурии не выявлены, была рекомендована конс эндокринолога ЗОЭД, гастроэнтеролога. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг ½ т 2р/д, амлодипин 10 мг ½ 2р/д Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ацетонурии..

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | Тр | э | п | с | л | м |
| 23.02 | 148 | 4,5 | 9,5 | 29 | 223 | 1 | 1 | 53 | 43 | 2 |
| 26.02 | 137 |  |  | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 01.03 |  |  | 5,7 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.02 | 77,0 | 6,37 | 1,94 | 1,35 | 4,13 | 3,7 | 3,8 | 79 | 22,4 | 4,5 | 2,5 | 0,29 | 0,4 |
| 26.02 |  |  |  |  |  |  |  |  | 20,9 | 4,3 |  |  |  |

23.02.18 глик гемоглобин – 9,4%

23.02.18 Гемогл 0,47 ; гематокр – ; общ. белок – г/л; К – ; Nа – ммоль/л

23.02.18 К – 4,5 ; Nа –134 Са++ -1,21 С1 - ммоль/л

23.02.18 К – 3,9; Nа –144,2 ммоль/л

02.03.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

23.02.18 АЧТЧ 23,7 МНО 1,2 ПТИ 84,4 фибр 4,4

25.02.18 Проба Реберга: креатинин крови- 73,8мкмоль/л; креатинин мочи- 6435 мкмоль/л; КФ-171 мл/мин; КР- 98,7 %

### 23.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 5-6-7 в п/зр белок – 2+ ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

03.03.18 ацетон – отр

04.03.18 ацетон – отр

03.03.18 ацетон – следы

24.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

27.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

25.02.18 Суточная глюкозурия – 0,22 %; Суточная протеинурия – отр

##### 01.03.18 Микроальбуминурия –73,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.02 |  |  | 7,3 | 3,8 |  |
| 23.02 | 10,2 | 5,4 | 4,9 | 6,7 | 6,1 |
| 24.02 2.00-5,9 | 7,0 | 5,4 | 5,1 | 6,7 |  |
| 25.02 | 6,2 | 4,2 | 5,5 | 5,0 |  |
| 26.02 | 6,5 | 7,2 | 4,8 | 4,7 |  |
| 27.02 | 5,4 | 5,4 | 3,8 | 4,8 | 4,2 |
| 28.02 | 8,0 | 8,3 | 5,3 | 4,8 |  |
| 03.03 | 6,9 | 8,3 | 6,9 | 5,6 | 4,6 |
| 05.03 | 5,7 |  |  |  |  |

17.02.18Невропатолог: Данных за поражение ЦНС и ПНС на момент осмотра не виявлено.

23.02.18 Окулист:Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно розовый гр. чёткие сосуды широкие ,склерозированые, С-м Салюс 1 -2 в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

23.02.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

23.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг 2р/сут Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

28.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

01.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в н/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

26.02.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

02.03.18 Колоноскапия: Внутренний геморрой (протокол на руках)

23.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

Лечение: атоксил, укрлив, эналаприл, амлодипин, берлитион бисопролол, эссенциале, торвакард, ККБ, линекс, дарроу, реосорбилакт, р-р хартмана, норфлоксацин, фуросемид, Актрапид НМ ,Протафан НМ, сода, стерофундин, трисоль, глюкоза 5%, КС1, гепаргин, домрид.

Состояние больного при выписке: У пациентки на фоне нормогликемии сохраняется ацетонурия без клиники кетоацидоза, сухость во рту, дизурия, тяжесть в правом подреберье в настоящий момент не беспокоит, АД 120/80 мм рт ст, периодчиески отмечаются запоры, стул со слабильными. Пациентка нуждается в конс. гастроэнтеролога, однако в связи с отсутствием возможности в настоящее время консультация не проведена, записана в планом порядке.

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 <7,0%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ, п/з-8 ед., п/о-8 ед., п/уж -8 ед., Протафан НМ, 22.00 10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес., повторное определение микроальмуминурии при отсутсвии ацетона в моче.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д, амлодипин 5 мг 2р/д. лоспирин 75 мг на ночь.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес, домрид SR 1т утром до 10 дней, укрлив 250 мг 2т на ночь, щелочное питье, сорбенты, бетаргин (гепаргин) 1 фл 2р/д 7 дней, лактулоза 15-30 мл утром при запорах. Контроль ацетонурии.
9. Конс гастроэнтеролога ЗОКБ в плановом порядке
10. Контроль СОЭ в динамике по м/ж

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.