#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 141

##### Ф.И.О: Ковдря Наталья Александровна

Год рождения: 1978

Место жительства: Токмакский р-н, с. Урожайное ул. Молодежная 3-4

Место работы: н/р

Находился на лечении с 26.01.18 по 06.02.18 в энд. отд. (ОИТ 26-29.01.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. впервые выявленный. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), ДЭП 1 ст, смешанного ґенеза. Цереброастенический с-м. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу. СН0. Осложненная катаракта, ангиопатия сетчатки, гиперметропия средней степени ОИ.. Нарушение менструального цикла репродуктивного периода Цирроз печени? Асцит неуточненный.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, увеличение в объеме живота, отечность н/к.

Краткий анамнез: Диабетические жалобы беспокоят в течение 2 мес, за мед помощью не обращалась 19.01.18 конс эндокринологом Токмакской ЦРБ. С 19.01.18 – 26.01.18 госпитализирован в терап отд Токмакской ЦРБ с показателями гликемии 16-20 ммоль/л, ацетон мочи 4+, назначена инсулиноетрпия. Хумодар Р100Р п/з 16 ед, п/о 14 ед, п/уж 12ед. 22.00 – 4 ед. проводилась дезинтоксикационная, регидратационная терапия (выписной эпикриз прилагается). Увеличение в объеме живота отмечает в течение 3х месяцев. Госпитализирована в эндиспансер с целью дальнейшего подбора инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.01. | 120 | 3,78 | 13,6 | 13 | 0 | 0 | 65 | 25 | 10 |
| 30.01 | 120 | 3,6 | 10,4 | 12 | 1 | 0 | 59 | 38 | 2 |
| 05.02 | 112 | 3,46 | 13,6 | 25 | 1 | 1 | 72 | 24 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.01 |  |  |  |  |  |  | 2,6 | 58 | 12,0 | 3,0 | 0,85 | 0,94 | 2,13 |
| 29.01 |  | 4,92 | 1,11 | 1,44 | 2,97 | 2,4 |  |  | 9,0 | 1,8 | 1,9 | 0,9 | 1,77 |

30.01.18 Амилаза – 31,6

02.02.18 общий белок 62

02.02.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

02.02.18ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

26.01.18 К – 2,97 ; Nа – 132,5 Са++ -1,14С1 -100 ммоль/л

30.01.18 К – 4,88 ; Nа –133 ммоль/л

27.01.18 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ –107 %; фибр –3,3 г/л; фибр Б – 4+; АКТ – 4,4%; св. гепарин – 12

30.01.18 Коагулограмма: АЧТЧ 20 МНО 0,87 ПТИ 113 фибр 3,6

28.01.18 Проба Реберга: креатинин крови-51 мкмоль/л; креатинин мочи-5940 мкмоль/л; КФ-2913 мл/мин; КР- 99,3 %

### 27.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,045 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

29.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - 250белок – отр

28.01.18 Суточная глюкозурия – 1,56%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.01 |  |  | 28,2 | 13,7 | 14,8 |
| 27.01 2.00-8,4 | 4,5 | 13,5 | 4,4 | 4,9 | 5,6 |
| 29.01 2.00-2,0 | 5,7 |  | 6,0 | 4,8 | 8,8 |
| 30.01 2.00-5,0 | 7,0 | 11,1 | 5,4 | 10,9 |  |
| 31.01 | 6,2 | 11,7 | 10,8 | 5,5 |  |
| 01.02 | 5,5 | 9,1 | 7,9 | 7,6 |  |
| 02.02 | 5,8 |  | 6,9 | 4,9 |  |
| 06.02 2.00-7,9 |  |  |  |  |  |

08.02.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП 1 ст, сметанного ґенеза. Цереброастенический с-м.

30.01.18 Окулист: VIS OD=0,1сф + 3,0=1,0 OS=0,1сф + 3,0=0,9 ; Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3. Сосуды неравномерного калибра ,умерено извиты, вены уплотнены, извиты, в макуле без особенностей. Осложненная катаракта. В макулярной области без особенностей Д-з: Осложненная катаракта, ангиопатия сетчатки, гиперметропия средней степени ОИ..

31.01.18 ЭКГ: ЧСС 85- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

31.01.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу

31.01.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

05.02.18Гинеколог: Нарушение менструального цикла репродуктивного периода

31.01.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

31.01.18 УЗИ: Эхопризнаки выраженных диффузных изменений паренхимы печени по типу цирроза, застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, уменьшения размеров почек, диффузных изменений паренхимы почек, микролитов в обеих почках, асцита, косвенных признаков колита.

02.02.18Гастроэнтеролог: СД тип 1, впервые выявлений, цироз печени?, асцит неуточненный. Для уточнения диагноза рекомендовано ФГДЭС, маркеры вирусного гепатита НВsАg, Анти НСV, анализ крови на ВИЧ,ANA AMA –M2 lgG антимикросомальные антитела, продовжить прием верошпирона 100 мг/сут, эссенциале 5,0 в/в, левасил 70 мг 2р/д 1 мес. Повторный осмотр после дообследования. Контроль суточного диуреза, массы тела. Золопент 40 мг 1т 1р/д за 30 мин до еды 10 дней.

30.01.18, 06.02.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

06.02.18 ФГДЭС: недостаточность кардии. Гакстродуоденостаз.

02.02.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V =5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, омепразол, эссенциале, верошпирон, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, аспаркам, КС1

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, отечность голеней, сохраняется умеренная отечность стоп, увеличение в объеме живота (асцит). АД 120/70 мм рт. ст. Т тела 36,9. С больной проведена беседа о необходимости госпитализации в терап. отд по м/ж с целью дальнейшего дообследования и лечения.

Рекомендовано:

1. Направляется в терап. отд по м/ж, с целью дообследования и верификации диагноза, учитывая наличие цирроза печени?, небольшого количества свободной жидкости в малом тазу, изменения печеночных показателей, АСТ, АЛТ, (отрицательные маркеры вирусного гепатита В и С) нарастание лейкоцитоза в ОАК.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога ,кардиолога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
5. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-10-12 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -10-12 ед., Генсулин Н 22.00 6-8 ед.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, повторный осмотр
9. Рек гастроэнтеролога: анализ крови на ВИЧ (в условиях эндодиспансера отказалась), ANA AMA –M2 lgG антимикросомальные антитела, продовжить прием верошпирона 100 мг/сут, левасил 70 мг 2р/д 1 мес, золопент 40 мг 1т 1р/д за 30 мин до еды 10 дней. Повторный осмотр после дообследования. Контроль суточного диуреза, массы тела.
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., неогабин 75 мг 2р/д 1 мес нуклео ЦМФ 2,0в/м
11. Рек окулиста очковая коррекция зрения.
12. Рек доц каф. Ткаченко ОВ: продолжить дальнейшее лечение и дообследование в терап отд п ом\ж. ЭХОКС УЗИ ОМТ, повторный осмотр гинеколога. Контроль печеночных проб в динамике, после дообследования решение вопроса о необходимости биопсии печени, диагностической пункции брюшной полости. Верошпирон 100 мг/сут, золопент 40 мг 1т/сут, трфиас 5 мг 3р/нед, эссенциале 1т 3р/д,
13. Рек гинеколога: пролактин, ФСГ, повторный осмотр гинеколога.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.