#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1276

##### Ф.И.О: Крамчанин Анна Леонтьевна

Год рождения: 1942

Место жительства: Васильевский р-н, Малая Белозерка, Пионерская 94

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 07.10.13 по 19.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия Ш, прогрессирующее течении сочетанного генеза.С–м церебральной атрофии (по данным МРТ головного мозга 09.10.13). Когнитивные дифицит. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. в сочетании с хроническим пиелонефритом в стадии обострения. Анемия. ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II ст II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 40кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении больная доставлена из Днепроруднеской ЦРБ в состоянии контактного сопора.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008 г. С начала заболевания ССП (манинил в сочетании с сиофором или диаформином). По данным вып. эпикриза «Мотор Сич» от 2012: диаформин 850 г 1т 2р/д, манинил 5 мг утром. Ухудшение состояния в течении 2 нед. после психо/эм нагрузки. Со слов дочери 02.10.13 началась тошнота, рвота, потеря сознания, боли в лев подреберье, бригадой СП была досталена в г. Днепрорудный в связи с гипергликемическим состоянием, затем направлена в эндокриндиспансер. Глюкоза крови 20,0 ммоль/л, ацетон мочи 1+. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансерв ОИТ по тяжести состояния. Переведена на инсулин.

Данные лабораторных исследований.

07.10.13Общ. ан. крови Нв –104 г/л эритр –3,3 лейк – 7,3 СОЭ – 44 мм/час

э- 1% п- 0% с64 % л-28 % м-7 %

09.10.13 тромбоциты 150

10.10.13Общ. ан. крови эритр –3,3 тромб 140

13.10.13Общ. ан. крови Нв –95 г/л эритр –3,0 лейк –6,0 СОЭ –26 мм/час

э- 0% п- 2% с- 66% л- 28 % м- 4%

15.10.13 тромб 200

07.10.13Биохимия: хол – 3,41 мочевина –17,9 креатинин – 179 бил общ – 18,0 бил пр –4,2 тим –3,3 АСТ – 0,57 АЛТ –0,69 ммоль/л;

08.10.13Биохимия: креатинин – 129 тим –4,7 АСТ – 0,48 АЛТ – 0,51 ммоль/л;

08.10.13Биохимия: хол –3,69 тригл – 2,0ХСЛПВП – 1,54ХСЛПНП -1,24 Катер -1,39 бил общ – 20,8 бил пр – 4,1

11.10.13 бил общ 12,0 бил пр 2,9

07.10.13 Амилаза -15,5

04.10.13Анализ крови на RW- отр

14.10.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

07.10.13Гемогл – 104 ; гематокр – 0,32 ; общ. белок –67,1 г/л; К – 3,1 ; Nа –150 ммоль/л

12.10.13 К – 3,2 ммоль/л

13.10.13 К – 3,8 ммоль/л

07.10.13Коагулограмма: вр. сверт. – 16 мин.; ПТИ – 88,0 %; фибр –7,3 г/л; фибр Б –отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8\*10-4

10.10.13Коагулограмма: вр. сверт. – 16 мин.; ПТИ – 83,3 %; фибр –4,3 г/л; фибр Б –отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8\*10-4

17.10.13 фибр 4,2

11.10.13Проба Реберга: Д- 1,6л, d- 1,11мл/мин., S- 1,98кв.м, креатинин крови106- мкмоль/л; креатинин мочи- 4860 мкмоль/л; КФ-44,4 мл/мин; КР- 97,6%

### 07.10.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 4-7 в п/зр белок – 0,078 ацетон –отр; эпит. пл. - ед;

### 10.10.13Общ. ан. мочи лейк – на все в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

08.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – 0,074

11.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 281250 эритр -5500 белок – 0,104

18.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 29000 эритр -2000 белок – отр

09.10.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,143

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.10 |  |  | 9,0 | 13,8 | 11,2 |
| 08.10 | 7,4 | 7,5 | 8,3 | 9,7 | 13,8 |
| 09.10 | 6,0 | 6,4 | 9,0 | 9,4 | 11,0 |
| 11.10 | 11,2 | 7,3 | 7,3 | 8,5 |  |
| 13.10 | 8,6 | 8,1 | 8,2 | 9,9 |  |
| 15.10 | 8,0 | 6,4 | 9,9 | 7,9 |  |
| 16.10 | 5,9 | 7,4 | 6,7 | 7,3 |  |
| 17.10 | 5,8 | 5,1 | 4,8 | 6,0 |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия Ш, прогрессирующее течении сочетанного генеза.С–м церебральной атрофии (по данным МРТ головного мозга 09.10.13). Когнитивные дифицит.

Окулист: осмотр в ОИТ

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Легкий перивазальный отек сетчатки. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, правильный. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II ст II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

09.10.13 МРТ Головного мозга: мрт картина очагов полифокальной ишемии на границе бассейнов смежного кровообращения ЛСМА и ЛЗА на фоне дисциркуляторной энцефалопатии. Умеренная конвекситалная церебральная арофия.

08.10.13 пульмонолог: р-логически снижение воздушности легочной ткани справа. Пневмофиброз?, Инфильтрация?. Назначено дообследование, коррекция терапии.

17.10.13Пульмонолог: данных за воспалительный процесс в бронхо-легочной системе в настоящий момент нет.

08.10.13 Р-фия ОГК справ в н/отд снижение воздушности за счет сливной инфильтраиции легочной ткани. Утолщение междолевой плевры, корни, малоструктурны, сердце – увеличен ЛЖ. Закл : Пневмония справа в н/д.

15.10.13 Р-фия ОГК в легких с положительной динамикой. Инфильтрация уменьщилась. Корни расширены, малоструктурны. сердце – увеличен ЛЖ

17.10.13 : Р-фия ОГК. В легких с положительной динамикой, инфильтрации нет, обогащенный лег. рисунок в н/отд с обеих сторон. Справа утолщена междолевая плевра. В синусах следы высоты. Следы выпота.

Хирург: данных за общую хир. патологию не выявлено.

18.10.13Нефролог: при повторном осмотре нормализовалась температура тела, дизурические явления отсутствуют. Проведен курс антибактериальной терапии.

Лечение: Линекс, нейрорубин, L-лизин, фуросемид, бисопролол, берлитион, гепарин, аспаркан, ксантинол, тивортин, этамзилат, Фармасулин НNР,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-24-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Бисопролол 5-10 мг утром, амлодипин 5-10 мг, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Рек кардиолога: небилет 2,5 утром, кардиомангил 75 мг утром
9. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: алзепил 5 мг 1 мес затем 10 мг ч/з 1 день 1 мес, кортексин 10 мг в/м
11. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
13. Рек нефролога канефон 2т 3р/д 1 мес, перерыв 2 мес, вновь канефрон 2т 3р/д 1 мес. повторить ОАМ , по Нечипоренко.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.