#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 645

##### Ф.И.О: Белокопытова Людмила Михайловна

Год рождения: 1960

Место жительства: Михайловский р-н, с. Плодородие, ул. Пушкина 10

Место работы: КУ «Михайловский ПНИ» ЗОС, санитарка, инв II гр.

Находился на лечении с 19.05.15 по 04.06.15 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), церебральная атрофия, церебеллярная атрофия. Хронический рецидивирующий панкреатит, средней тяжести, с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Неалкогольная жировая болезнь печени. Стеатогепатоз. Рефлюкс эзофагит. Синильный кольпит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 8-10 кг за последний мес., онемение ног, повышение АД макс. до 220/100мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, слабость в мышцах н/к, головокружение, тошноту, рвоту.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, глибомет). В 2008 в связи со стойкой декомпенсацией переведена на инсулинотерапию Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В условиях ЦРБ в связи с их отсутствием переведена на Генсулин Н (вводился дробно). Гликемия –20,0-23,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает карведилол 12,5, индапрес 1т утром, эналаприл 10 мг, В 2012 выявлен гипотиреоз ТТГ – 9,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –6,8 (0-30) МЕ/мл. Принимала непродолжительное время L-тироксин 50 мкг. 01.05.15 в связи с вышеуказанными жалобами была госпитализирована в Михайловскую ЦРБ, в связи с гипергликемией, сохраняющимися жалобами на рвоту, тошноту и головокружение направлена на консультацию. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.05.15 Общ. ан. крови Нв –135 г/л эритр – 4,1 лейк –,7 СОЭ – 30 мм/час

э- 1% п- 2% с- 67% л-23 % м- 7%

21.05.15 тромб – 210

24.05.15 лейк – 6,2 СОЭ -42м/ч

02.06.15 Общ. ан. крови Нв – 135 г/л эритр –4,2 лейк – 4,2 СОЭ –2 мм/час

э- 3% п- 2% с- 61% л- 29 % м- 5%

03.06.15 Общ. ан. крови Нв – 128 г/л эритр – 4,0 лейк – 4,9 СОЭ – 43 мм/час

э- 1% п- 0% с-79% л- 18% м-2 %

19.05.15 Биохимия: хол –6,8 мочевина – 10,4 креатинин – 184,8 бил общ – 12,4 бил пр –3,2 АСТ –0,38 АЛТ – 0,72 ммоль/л; белок общ – 7,7

20.05.15 Тим – 2,7

26.05.15 Биохимия: СКФ –54 мл./мин., мочевина –10,0 креатинин – 163,9 тим –2,8 АСТ –0,34 АЛТ –0,8 ммоль/л;

30.05.15 Биохимия: СКФ – 84,3мл./мин, мочевина –4,7 креатинин –107 АСТ –0,13 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

13.05.15 Амилаза 30,0 (0-90) ед\л

23.05.15 Амилаза 15,8 диастаза 116 (0-450) .

19.05.15 Анализ крови на RW- отр

22.05.15ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/л

19.05.15 Гемогл – 135 ; гематокр – 0,46 ; общ. белок –7,7 г/л; К – 3,2 ; Nа – 132 ммоль/л

24.05.15 К – 3,28 ммоль/л

26.05.15 К – 3,3 Na 139 ммоль/л

29.05.15 К – 3,6 ммоль/л

02.06.15 К – 3,0 ммоль/л

03.06.15 К – 3,1 ммоль/л

19.05.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 65,2 %; фибр –6,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

23.05.15 Проба Реберга: Д- 1,1л, d- 0,76мл/мин., S- 2,16кв.м, креатинин крови-120 мкмоль/л; креатинин мочи- 6300 мкмоль/л; КФ- 31,9мл/мин; КР- 97,6%

### 19.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,096 ацетон –2++; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 21.05.15 ацетон - отр

20.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 237500 эритр - 937500белок – 0,380

24.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - 500 белок – отр

26.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2250 эритр -250 белок – 0,065

30.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750эритр - белок – 0,08

24.05.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

22.05.15 бак посев мочи: посев роста не дал.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 19.05 |  |  | 17,7 | 9,9 | 8,9 |
| 21.05 2.00-8,2 | 10,7 | 11,6 | 8,8 | 9,3 |  |
| 23.05 | 10,8 | 11,2 | 9,8 | 7,3 |  |
| 25.05 | 6,8 | 11,9 | 7,1 | 7,7 |  |
| 27.05 | 7,7 | 9,8 | 11,8 | 10,9 |  |
| 29.05 | 6,4 | 9,1 | 9,5 | 8,0 |  |
| 31.05 | 9,2 | 8,2 | 8,3 | 5,6 |  |
| 01.06 | 7,5 | 8,9 | 9,1 | 8,9 |  |
| 02.06 | 7,2 | 4,8 | 4,1 | 6,8 |  |
| 03.06 | 8,8 | 9,8 | 9,2 | 9,4 |  |

20-29.05.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), церебральная атрофия. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

20.05.15Окулист: (осмотр в ОИТ)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.05.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Дистрофические изменения миокарда.

20.05.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Дистрофические изменения миокарда.

20.05.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Риск 4.

02.06.15Ангиохирург: Дисциркуляторная энцефалопатия.

21.05.15 На р-гр ОГК легкие без очаговых и инфильтративных теней, корни малоструктурны. Сердце – увеличен левый желудочек.

29.05.15 Р-скопия ОБП+ОГК: легкие без инфильтрации. Корни малоструктурны. Сердце – увеличенные лев. отделы. ОБП (полувертикально из-за тяжести больной) Свободного газа уровней в брюшной полости не выявлено. Дан барий для пассажа, сразу же двукратная рвота. Досмотр ч/з 20 мин, ч/з 40 мин в желудке следы бариевой массы. Выполнены начальные петли тонкой кишки. 18.00: бариевая взвесь (остатки) в дистальных отделах тонкой кишки и в подвздошной.

26-27.05.15 Хирург: Данных за острую хирургическую патологию нет.

21.05.15Гинеколог: Синильный кольпит.

22.05.15 осмотр зав нейрохирургическим отд КУ ЗОКБ : ДЭП, кортикальная церебральная и церебеллярная атрофия. Нейрохирургическое лечение не показано.

02.06.15 Совместный осмотр с врачем невропатологом ОКБ Амелина Н.В., зав. г/энтерологическим отд. ОКБ Данильченко Л.П.: неврологический статус без очаговой патологии. По данным МРТ головного мозга признаки дисциркуляторной энцефалопатии. Болеет с 01.05.2015 состояние с положительной умеренной динамикой, значительной потери веса нет. Имеет место хронический рецидивирующий панкреатит, средней тяжести, с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Неалкогольная жировая болезнь печени. Стеатогепатоз. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Рефлюкс эзофагит. Не исключено, что рвота больной носит психогенный характер. рекомендовано УЗД МАГ, конс. психиатра и ангиохирурга после дообследования.

26.05.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ДЭП II сочтенного генеза (гипертоническая, дисметаболическая), церебральная атрофия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ? ДН IV ?. Пиелонефрит, стадия обострения. Гипертоническая болезнь II ст, Ш степени. Гипертрофия левого желудочка, очень высокий риск. СН 1. Ф.кл II. состояние после экстирпации матки (2008).

02-03.06.15 психиатр: Соматоформное расстройство в виде рвоты, тревожный с-м.

19.05.15 МРТ: Картина дисциркуляторной энцефалопатии. кортикальная церебральная и церебеллярная атрофия. Локальное расширение медианных субарахноидальных пространств левой височной доли.

27.05.15 КТ ОБП и забрюшинного пространства: КТ признаков объемного и очагового поражения ОБП, забрюшинного пространства не выявлено. КТ признаки диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза, проксимального периеюнита

29.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, с увеличением размеров в селезенки; нельзя исключить наличие микролитов в почках.

20.05.15 ФГДЭС: диффузный эрозивный гастродуоденит. Атрофическая гастропатия.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, пирацетам, церукал, фуросемид, бисопролол, индапрес, эналаприл, аспекард, актовегин, берлитион, L-лизин эсцинат, прозерин, ксантинол, рантак, облепиховое масло, альмагель, оптикс-форте, цефтриаксон, метоклопрамид, линекс, нормолакт, калия хлорид, церукал, ксилат, аминозин, осетрон, пантопразол, лактувит, панкреатин, контралок, тималин, норфлоксацин, лазекс, клатинол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, достичь полной компенсации не удалось из-за диспептических явлений, нерегулярных приемов пищи, уменьшились боли в н/к. Сохраняется чувство тошноты, головокружений, рвоты на протяжении двух суток нет АД 130/70-150/80мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9/5, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-20-22 ед., п/о-18-20 ед., п/уж -10-12 ед., Генсулин Н 22.00 28-30 ед. Данная схема подобрана из-за диспептических явлений, нерегулярных приемов пищи. После нормализации состояния может быть переведена на двукратное введение инсулина.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии после исчезновения инфекции мочевыводящих путей.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: лозап 100 мг, арифон ретард, 1т 1р/д, амлодипин 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
7. Бисопролол 5 мг (карведилол 12,5) утром, индапрес 1т утром, эналаприл 10 мг веч, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Берлитион (тиогамма) 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. Рек. невропатолога: УЗДГ МАГ.
10. Рек гинеколога: св. с облепихой per vag., динамическое наблюдение.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. Рек. окулиста: оптикс 1т 1р\д
13. Рек. психиатра: релаксил 2к веч 1 мес.
14. Рек гастроэнтеролога: стеатель 1 фл 2р\д 1 мес, осетрон 2,0 в/м № 10, пантопразол 40 мг 2р/д за 30 мин до еды 2 нед, затем 1т/сут 2 нед. продолжить ферметы, лактувит.
15. Б/л серия. АГВ № 234865 с 19.05.15 по 04.06.15. К труду 05.06.15. (Продолжение б/л АГВ № 343178 с 12.05.15-19.05.15 Дз: Дисциркуляторная энцефалопатия, выдан Михайловской ЦРБ, «продолжает болеть» )

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.