#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 227

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

Год рождения: 1942

Место жительства: Васильевский р-н, с. М.Белозерка, ул. Пионерская 96

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.02.15 по 26.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. В сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП II, прогрессирующее течение сочетанного генеза. Мозговой ишемический инсульт в левой гемисфере (07.2014). Симптом правостороннего умеренного гемипареза. Комбинированная афазия (сенсорная, мнестическая). Диментный с-м, умеренной степени тяжести. ИБС, диффузный кардиосклероз. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешаный зоб 1 ст. Узел перешейка. Эутиреоидное состояния.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией переведена на комбинированную инсулинотерапию инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з-28 ед., диаформин 500 мг (нерегулярно). Гликемия –15,0-7,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.02.15 Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр – 4,6 лейк –9,8 СОЭ – 7 мм/час

э- 1% п-1 % с- 75% л- 17% м- 6%

24.02.15 Общ. ан. крови Нв – 128 г/л эритр – 4,0 лейк –6,9 СОЭ – 16 мм/час

э- 2% п-2 % с- 69% л- 22% м- 5%

24.02.15 Биохимия: хол –6,8 мочевина – 4,5 креатинин – 81,6 бил общ –104 бил пр –2,6 тим –3,4 АСТ –0,24 АЛТ – 0,37 ммоль/л;

24.02.15 СКФ – 95,9 креатинин – 66

26.02.15 ТТГ – 1,0 (0,4-4,0)мМЕ/мл

17.02.15 Гемогл – 148 ; гематокр – 0,46; общ. белок – 6,4 г/л; К –4,7 ; Nа – 138 ммоль/л

17.02.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 97,9 %; фибр – 3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 17.02.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1/3 в п/зр белок – 0,042 ацетон –отр; эпит. пл. ув- ; эпит. перех. - умв п/зр

18.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -52500 эритр - 1000 белок – 0,031

21.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

25.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр - белок – 0,04

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.02 | 8,6 | 8,6 | 8,5 | 10,2 |
| 19.02 | 10,2 | 8,0 | 6,7 | 7,7 |
| 18.02 | 8,8 | 10,2 | 9,0 | 8,6 |
| 20.02 | 6,4 | 8,3 | 7,9 | 7,8 |
| 21.02 | 9,5 | 6,7 | 6,2 | 9,4 |
| 22.02 | 8,8 | 8,7 | 5,6 | 9,8 |
| 24.02 | 8,1 | 5,9 | 7,8 | 6,7 |
| 25.02 | 6,7 | 6,8 | 6,4 | 5,2 |

17.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП II, прогрессирующее течение сочетанного генеза. Мозговой ишемический инсульт в левой гемисфере (07.2014). Симптом правостороннего умеренного гемипареза. Комбинированная афазия (сенсорная, мнестическая). Дементный с-м, умеренной степени тяжести.

17.02.15Окулист: (осмотр в ОИТ)

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

17.02.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия обоих желудочков. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ.

17.02.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь Ш ст.

25.02.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров и размеров селезенки, без признаков портальной гипертензии, застоя в желчном пузыре функционального раздражения кишечника, образования в передних отделах правой почки, похожего на ангиомиолипому.

26.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,0 см3; лев. д. V = 7,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В перешейке изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,92 \* 0,57см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел перешейка.

Лечение: леркамен, диалипон, актовегин, лефлоцин, тималин, торвакард, окювайт, актовегин, цефртиаксон, лозап, диалипон, нейрорубин, Фармасулин НNР, берлитон, сиофор, нейрорубин, глиятон, , сенадексин, офлоксин, цефипим.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован.АД130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.

Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з- 28-30ед., диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*веч

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: лозап 50 мг 1р\д, леркамен 10 мг веч. кардиомагнил 75 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек. невропатолога: мема ½ 2р\д 2 нед, затем ½ утром + 1 веч. глиатилин 400 мг 2р\сут 2 мес,
6. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 2р. в год. ТАПБ, контр АТТПО с послед. конс. эндокринолога.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.