#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1589

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

Год рождения: 1942

Место жительства: Васильевский р-н, с. Белозерка ул. пионерская 94

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.11.17 по 22.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хр пиелонефритом в ст. обострения. Незрелая катаракта. Ангиопатия ОИ. Энцефалопатия Ш ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), правосторонний легкий гемипарез, элементы сенсомоторной афазии. Смешанный зоб 0-1 мелкий узел перешейка. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 31,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в прекардиальной области, снижение памяти.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-32 ед., сиофор 500 мг 1р/д, Гликемия – ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2016г. боли в н/к в течение 7лет. Повышение Ад длительно принимает лозап50 мг 1р/д. Смешанный зоб 1 ст , узлы перешейка с 2014 ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.11 | 142 | 4,3 | 5,4 | 27 | 1 | 1 | 68 | 29 | 1 |
| 20.11 | 133 | 4,0 | 4,7 | 17 | 0 | 1 | 79 | 19 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.11 |  | 6,28 | 2,23 | 1,28 | 3,98 | 3,9 | 8,4 | 91,1 | 12,3 | 3,1 | 1,2 | 0,15 | 0,52 |

14.11.17 Глик. гемоглобин -7,8%

17.11.17 ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл

14.11.17 Гемогл –142 ; гематокр – 0,45 ; общ. белок – 68 г/л; К – 4,07 ; Nа – 139 ммоль/л

14.11.17 К – 4,07 ; Nа – 139 Са++ -1,1 С1 -103,9 ммоль/л

20.1.117 К – 4,14Na – 142,3

14.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. –9 мин.; ПТИ – 91 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

17.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. –12 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин –6

15.11.17 Проба Реберга: креатинин крови-102 мкмоль/л; креатинин мочи- 4510 мкмоль/л; КФ-30,12 мл/мин; КР- 97,4 %

### 21.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

15.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -21800 эритр - 2000 белок – 0,054

18.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -11000 эритр - 250белок – 0,11

20.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -14000 эритр - 2000белок – отр

15.11.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,07

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.11 |  | 11,2 | 8,9 | 8,5 |
| 14.11 | 10,4 | 10,2 | 93 | 6,8 |
| 16.17 | 9,7 |  | 8,5 | 6,1 |
| 17.11 | 7,1 | 9,7 | 8,4 | 10,1 |
| 18.11 | 6,0 | 7,1 | 7,5 | 8,7 |
| 19.11 | 8,5 | 7,0 | 6,5 | 8,8 |
| 20.11 | 7,0 | 6,9 | 8,1 | 7,1 |

13.11.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия Ш ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), правосторонний легкий гемипарез, элементы сенсомоторной афазии.

14.11.17 Окулист:

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: под густым флером, ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

13.11.7 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ Гипертрофия левого желудочка.

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

13.11.17 ФГ ОГК№ 108097 ЗОКБ: гипертрофия левого желудочка.

16.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

13.05.16 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5см3; лев. д. V =3,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В перешейке гидрофильный узел 0,6\*0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел перешейка.

Лечение: верошпирон, каптоприл, торвакард, левофлоксацин, берлитион, лозап, Фармасулин НNP, каптоприл, леркамен, цефтриаксон, актовегин, келтикан, гепарин, канефрон, кардиомагнил, валериана, фуросемид,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 32-34ед., п/уж -10-12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс кардиолога по м/ж.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес, актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога:, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Канефрон 2т 3р/д в течение месяца. Контроль ан. мочи в динамике. при необходимости конс. уролога по м/ж.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.