#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1411

##### Ф.И.О: Черепанова Татьяна Федоровна

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Энергодар, ул. Лесная 9-189

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.11.14 по 18.11.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХН IIб ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст, в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Энцефалопатия соченного генеза II. ИБС, п/инфарктный кардиосклероз ПФФП СН II А ф. кл Ш. САГ III ст. Хроническое непрерывно рецидивирующее рожистое воспаление правой, левой голени. Эритематозная форма. Вторичный лифостаз II ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении: на нестабильность гликемии, ощущаемую субъективно, отеки н/к.

Краткий анамнез: Со слов СД болеет в течении 15 лет. В энд отделении не лечилась, со слов в течении года принимала ССТ ( назвать не может) в связи с неэффективностью была переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед., п/у-20 ед. Ухудшение состояния в течении месяца, со слов нарушала режим питания ( отказа от пищи) С 27.10.14 по 29.10.14 находилась в ОИТ, затем в терапевтическом отделении по м/ж (по 12.11.14). Глюкоза крови -3,4 ацетон мочи 3+++ от 27.10.14. Получала инсулин короткого действия. По согласования с нач медом ОКЭД переведена в. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.11.14 Общ. ан. крови Нв – 116 г/л эритр –3,6 лейк –5,9 СОЭ – 21 мм/час

э- 0% п- 1% с-82 % л- 8% м-9 %

13.11.14 Биохимия: СКФ –58,05 мл./мин., олл –5,21 тригл -1,84 ХСЛПВП -1,44ХСЛПНП -2,93 Катер – 2,93 мочевина –8,5 креатинин –124,8 бил общ –34,6 бил пр –4,6 тим – 0,73АСТ – 1,31 АЛТ – 2,22 ммоль/л;

14.11.14 АСТ - 0,72 АЛТ – 2,12

12.11.14 Гемогл – 116 ; гематокр – 0,38 ; общ. белок – 59,4 г/л; К – 4,8 ; Nа – 143 ммоль/л

14.11.14 К – 4,46 ммоль/л

12.11.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 7 мин.; ПТИ – 107,1 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

14.11.14Проба Реберга: Д-3,5 л, d- 2,43мл/мин., S-145 кв.м, креатинин крови-145,2 мкмоль/л; креатинин мочи- 4140 мкмоль/л; КФ- 57,90мл/мин; КР-95,80 %

### 12.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. –ед в п/зр

С 14.11.14 ацетон – отр

13.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -32500 эритр – 500 белок – 0,031

14.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр – отр белок – отр

17.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр – отр белок – отр

14.11.14 Суточная глюкозурия – 0,057 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 12.11 |  | 12,4 | 11,0 | 7,2 | 6,9 |
| 13.11 | 10,2 | 8,1 | 6,7 | 4,8 |  |
| 14.11 | 6,6 | 5,7 | 6,6 | 6,7 |  |
| 15.11 | 9,0 | 7,3 | 8,7 | 10,0 |  |
| 16.11 | 7,9 | 7,0 | 8,1 | 7,8 |  |
| 17.11 | 2,8 | 4,5 | 4,8 | 7,7 |  |
| 18.11 | 7,5 |  |  |  |  |

12.11.14Невропатолог: Энцефалопатия соченного генеза II. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

12.11.14 Окулист: Осмотр в ОИТ.

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

12.11.14 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероз ПФФП СН II А ф. кл Ш. САГ III ст.

17.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Вторичный лифостаз н/к

12.11.14 Р-гр ОГК Легкие в полном объеме усиление лег рисунка в н/отд, корни малоструктурны. Сердце – увеличены левые отделы.

17.11.14 Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к. ХИ II ст. Хроническое непрерывно рецидивирующее рожистое воспаление правой, левой голени. Эритоматозная форма. Вторичный лифостаз II ст.

17.11.14 Совместный осмотр с леч. врача Зав. отд. Фещук И.А. Нач. мед. Костина Т.К.: СД компенсирован, осмотрена хирургом, ангиохирургом. После уточнения диагноза (хр. рецидивирующее рожистое воспаление) даны рекомендации по лечению, по согласованию с нач медом МСЦ г. Энергодар переводится в терапевтическое отд. 18.11.14 для дальнейшего долечивания.

Лечение: Альмагель, энтеросгель, рантак, ККБ, берлитион, физиотенс, нейрорубин, трифас, верошпирон, тималин, лефлоцин, магникор, эналаприл, цефепим, предуктал, дигоксин, Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 20-22ед., п/уж – 10-12ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1 р в 3 мес
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., трифас 20 мг 1р в 3-4 дня, верошпирон 50 мг 1р\д, эналаприл 10 мг \*1р/д., дигоксин 250 мг 1р\сут. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, лира 1000 мг в/м № 10.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. Рек хирурга: продолжить лечение в ЦРБ терапевтическом отд. по м/ж. Цефтриаксон 1 гр в/в 2р\д № 10; метрогил 500 м/г в/в 2р\д № 10, серрата 1т 3р\д 1 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.