#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 796

##### Ф.И.О: Лавренова Елена Трофимовна

Год рождения: 1937

Место жительства: г. Запорожье ул. Станиславского 69

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.05.17 по 01.06.17 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), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. С-м диабетической стопы 0 ст, смешанная форма. Трофическая язва Ш п. пр. стопы в стадии полной эпителизации. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза (дисметаболическая, атеросклеротическая), цереброастенический с-м, умеренное когнитивное снижение. Расстройство личности и поведения в следствие энцефалопатии сложного генеза ( диабетическая, атеросклеротическая) со сверхценными идеями. ИБС диффузный кардиосклероз. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН II А ф. кл II . АГ Ш ст. ХОЗЛ II. Хр. пиелонефрит, ст обострения. Атеросклероз н/к, окклюзия БПС II Б Ш ст субкомпенсация. Варикозная болезнь н/к. Варикозное расширение поверхностных вен голеней с 2х сторон. Подкожный панариций 1п. пр. стопы в стадии разрешения.

Жалобы при поступлении на выраженную сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса (со слов), ухудшение зрения, выраженные боли в н/к, головные боли ,выраженную слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. состоит на «Д» учете у эндокринолога по м\ж, принимала ССТ, в связи со стойкой декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. В наст. время со слов принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-22 ед., п/у-10 ед., (вечернюю дозу вводит непостоянно). Гликемия 17-18 ммоль/л. Боли в н/к в течение 10 лет. В анамнезе ДДПП, коксоартроз II-Ш ст. ИБС диффузный кардиосклероз с нарушением ритма. ХОЗЛ II ГБ II, со слов принимает каптоприл. Неоднократно проходила стац лечение п ом\ж в 9-й гор больнице. С 25.05.17 – 29.05.17 находилась на стац лечение в ОИТ ОПНД, куда была доставлена в состоянии психомоторного возбуждения на фоне гликемии 32,8 ммоль/л. Наблюдалась эндокринологом, проводилась коррекция инсулинотерапии. На проведенном лечении уровень гликемии и психическое состояние стабилизовалось, психотической продукции не выявляла. По согласованию с начмедом Карпенко И.В. была переведена в КУ ОКЭД ЗОС для дальнейшей коррекции инсулинотерапии

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 29.05 | 122 | 3,7 | 6,5 | 55 | 3 | 9 | 70 | 14 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 21.05 |  | 4,4 | 1,59 | 1,1 | 2,58 | 3,0 | 12,5 | 152 | 14,2 | 4,1 | 1,7 | 0,74 | 1,06 |

29.05.17 Гемогл – 122 ; гематокр –0,38 ; общ. белок –65 г/л; К – 4,3 ; Nа – 142 ммоль/л

30.05.17 К – 4,0 ммоль/л.

31.05.17 К – 3,9 ммоль/л.

01.06.17 К – 4,3 ммоль/л.

29.05.17 Коагулограмма: вр. сверт. –10 мин.; ПТИ – 108,7 %; фибр – 5,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10

### 30.05.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – на все п/зр белок – 0,42 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

31.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -75000 эритр - 500 белок – 0,332

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.05 |  |  | 12,1 19.00 14-3 | 12,9 | 12,3 |
| 30.05 | 13,5 | 6,5 | 7,9 | 8,0 | 9,0 |
| 31.05 | 9,2 | 10,0 | 12,5 | 9,0 |  |
| 01.06 | 7,8 |  |  |  |  |

30.05.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза (дисметаболическая, атеросклеротическая), цереброастенический с-м, умеренное когнитивное снижение. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4 NDS 4), хроническое течение

30.05.17ЭКГ: ЧСС -133 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

31.05.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. изменения миокарда задней стенки.

30.05.17 Кардиолог: ИБС нестабильная прогрессирующая стенокардия. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН II Б ф. кл Ш. АГ Ш ст.

30.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.05.17 психиатр: расстройство личности и поведения в следствие энцефалопатии сложного генеза (диабетическая, атеросклеротическая) со сверхценными идеями.

31.05.17 Р-гр ОГК: признаки пневмофиброза с обеих сторон. Слева на верхушке фиброз и кальцинаты, корни фиброзно изменены, сердце – увеличение левого желудочка.

30.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст Атеросклероз н/к, окклюзия БПС II Б Ш ст субкомпенсация. Варикозная болезнь н/к. Варикозное расширение поверхностных вен голеней с 2х сторон. С-м диабетической стопы 0 ст, смешанная форма. подкожный панариций 1п. пр. стопы в стадии разрешения. Трофическая язва Ш п. пр. стопы в стадии полной эпителизации.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, Инсуман Комб, каптоприл, бисопролол, цефтриаксон, нитрогранулон, пирацетам, трифас

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 140/80 мм рт. ст., осмотрена смежными специалистами, даны рекомендации. Уровень гликемии и психическое состояние больной стабилизировано, однако нуждается в продолжении стац лечения в условии терапевт. отд. по поводу обострения хр. пиелонефрита, ХОЗЛ, ИБС с нарушением ритма; в связи с чем переводится в отд. терапии 9-й гор. больницы (перевод согласован с зав. отд)

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, пульмонолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-18-20 ед., п/уж – 10-12ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: варфарин 2,5-5 мг 1р\д, контрол МНО~ 2,0, клопидогрель 75 мг 1р\сут, аспирин кардио 100 мг\сут, небивалол 2, 5 мг, еплепрес 25 мг/сут, трифас 20 мг 1р\д, престариум 10 мг в сутки, нитрогранулон 5,2 мг 3р/д, изокет спрей при болях в сердце.
8. Рек. хирурга: обработка 1п пр. стопы перекись водорода, бетадином. Наблюдение, лечение в условиях отд. диаб. стопы з-й горбольницы.
9. Рек психиатра: больная категорически отказывается от лечения в условиях психиатрчиеской больницы. Данных за неотложнную госпитализацию нет Неогабин 75 мг\сут.
10. Рек. невропатолога: пирацтеам 10,0 в/в № 10, преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап № 10, ницерголин 10 мг 2р\сут 1 мес.
11. Осмотр окулиста по м\ж.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В