#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 680

##### Ф.И.О: Каулько Алла Захаровна

Год рождения: 1944

Место жительства: Васильевский р-н, с. Васильевка, ул. Котевского 22

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.05.14 по 11.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва правой стопы . Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II-Шст, сенсомоторная форма. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Вестибуло – атактический с-м.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, трофическую язву правой стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). В наст. время принимает: Глибомет 1 т \*2 р/д Гликемия –9,0-10,-8,5 ммоль/л. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.05.14 Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр – 4,8 лейк –5,5 СОЭ – 31 мм/час

э-0 % п-0 % с-58 % л- 37 % м- 5%

27.05.14 Биохимия: СКФ –78 мл./мин., хол –6,5 тригл -2,55 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП – 4,24Катер -4,9 мочевина – 2,4 креатинин –62 бил общ – 13,7 бил пр –34 тим – 3,4 АСТ – 0,20 АЛТ –0,20 ммоль/л;

27.05.14 Анализ крови на RW- отр

### 27.05.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –16-17 в п/зр белок – 0,042г/л ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ум в п/зр

29.05.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -300 эритр - белок – отр

28.05.14 Суточная глюкозурия – 1,6 %; Суточная протеинурия – 0,041г\сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.05 | 7,3 | 13,2 | 11,0 |  |
| 28.05 | 7,0 | 11,0 | 11,5 | 9,0 |
| 29.05 |  | 12,3 | 10,4 |  |
| 01.06 | 8,6 | 14,6 | 13,3 | 12,2 |
| 04.06 | 7,3 | 14,9 | 11,8 | 11,6 |
| 06.06 | 10,0 | 12,0 | 6,6 | 9,8 |
| 08.06 | 7,4 | 11,2 | 10,6 | 5,8 |
| 10.06 |  | 6,4 | 4,1 |  |

30.05Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Вестибуло – атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II-IIIст.

30.05Окулист: Осмотр в палате

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.

27.05ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

27.05Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

27.05Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.06.14 Аллерголог: При наличие в анамнезе аллергических реакций на медикаменты и необходимости данной медикаментозной терапии по строго жизненным показаниям, рекомендовано проведение медикаментозной пробы непосредственно перед введением антибактериального препарата с учетом правильной методики постановки проб. При необходимости проведение антибактериальной терапии (использование антигистаминнх, глюкортикоидных препаратов).

30.05. Хирург: диабетическая ангиопатия н/к ХИ Шст. Трофическая язва правой стопы.

29.05 Р гр стоп Признаки перестройки костных структур в суставных поверхностях фаланг обеих стоп, субхондральный склероз в межфаланговых суставах и в 1х плюснефаланг. суставах обеих стоп. Деструктивных изменений не выявлено.

27.05 РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

Лечение: Генсулин Н, Берлитион, нейровитан, индапрес, эналаприл, актовегин, перевязки с 3% Н2О2, димексидом с фурацеллином в разведении 1:5.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая наличие у пациента хронических осложнений сахарного диабета в виде диабетической ангиопатии н\к, трофической язвы правой стопы, изменена степень тяжести со средней на тяжелую.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-34-36 ед., п/уж – 6-8ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 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: арифон-ретард 1т утр. Контроль АД, ЭКГ.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейровитан форте 1т.2р\д., 1 мес.
9. Рек. невропатолога: кортексин 10,0 в/м №10..
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.
11. Наблюдение хирурга по м/ж. Продолжить перевязки с фурациллином и димексидом 1:5.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.