#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1623

##### Ф.И.О: Свистунова Татьяна Васильевна

Год рождения: 1948

Место жительства: г. Запорожье, ул Товарищеская 66а-207

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.12.14 по 09.01.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II-Ш ст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая ишемия левой стопы IV ст. Трофические язвы правой стопы. Облитерирующий атеросклероз н/к. Стеноз подвздошно-бедренного сегмента слева, окклюзия бедренно-подколенных сегментов с обеих сторон. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН I. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., склонность к запорам, одышка при ходьбе, незаживающие раны на левой н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диаформин 500 2р/д. С 19.11.14 – 27.11.14 стац лечение в х/о 3-й ГБ г. Запорожья, по поводу трофической язвы 1п левой стопы, больной был рекомендован перевод на инсулинотерапию от которого она воздержалась. Гликемия –9,8-10,6-7,8 ммоль/л. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.12.14 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр –4,3 лейк –6,8 СОЭ –13 мм/час

э- 2% п- 0% с- 63% л-27 % м- 8%

05.01.14 Общ. ан. крови лейк – 13,5 СОЭ –10 мм/час

08.01.14 лейк – 10,6

29.12.14 Биохимия: СКФ –99 мл./мин., хол –5,47 тригл -2,78 ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП -3,1 Катер -4,2 мочевина –2,5 креатинин –6,1 бил общ –10,2 бил пр – 2,4 тим –3,1 АСТ – 0,38 АЛТ – 0,14 ммоль/л;

05.01.14 Общ белок – 54,3 г/л

09.01.15 Группа крови 0(I), Rh (+) положительная

31.12.14 К – 4,11 ; Nа – 138 ммоль/л

### 30.12.14 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. - едв п/зр

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

29.12.14 Суточная глюкозурия – 1,3 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.12 | 7,8 | 12,1 | 11,4 | 6,8 |
| 29.12 | 9,6 | 7,8 | 11,4 | 11,6 |
| 30.12 | 8,7 |  |  |  |
| 31.12 | 7,6 | 12,1 | 7,2 | 8,7 |
| 01.01 | 5,6 | 9,9 | 9,5 | 6,8 |
| 03.01 | 9,1 | 10,4 | 10,0 | 8,6 |
| 06.01 2.00-8,9 | 13,8 | 10,1 | 8,4 | 9,1 |
| 08.01 | 7,3 | 8,3 | 12,4 | 11,5 |
| 09.01 | 7,0 |  |  |  |

29.12.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II-Ш ст, сенсомоторная форма.

29.12.14Окулист:

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.12.14ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

26.12.14 На р-гр левой стопы в 2х проекциях: определяется обызвествление подошвенного апоневроза, пяточная шпора. Перестройка костной ткани и субхондральный склероз суставных поверхностей, характерно для ДОА, более выражено в 1 п плюснефаланговом суставе, Hallus valgus.

31.12.14Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН I. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

09.01.14 Хирург: Диаб. ангиопатия н/к, ХИ IV. Трофические язвы правой стопы

26.12.14Ангиохирург: Облитерирующий атеросклероз н/к. Стеноз подвздошно-бедренного сегмента слева, окклюзия бедренно-подколенных сегментов с обеих сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая ишемия левой стопы IV ст.

30.12.14 осмотр асс каф терапии, фармакологии, эндокринологии Ткаченко О.В: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Трофическая язва 1п и плюсневой области левой стопы. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая ишемия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия.

Лечение: эналаприл, Генсулин Р, Генсулин Н, солкосерил, диаформин, индапрес, азомекс, кардиомагнил, фенигидин, тивортин, диалипон, цефтриаксон, витаксон, перевязки Н2О2 и гентаксаном, аторис, тивортин, дексалгин, метрагил.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-14-16 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -6-8 ед., Генсулин Н 22.00 20-22 ед.

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: небилет 2,5-мг\*1р/сут, индапрес 2,5 мг утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 10 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 4мг в/м № 10, затем 30 мг утр. 1 мес
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д
8. Рек хирурга: продолжить перевязки с 3% Н2О2, гентаксаном.
9. Рек ангиохирурга: ангиографическое исследование н/к условиях сосудистого отделения ЗОКБ, для определения тактики лечения.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.