#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1231

##### Ф.И.О: Воробьева Ольга Алексеевна

Год рождения: 1964

Место жительства: Вольнянский р-н, г .Вольнянск ул. Зачиняева 29-104

Место работы: н/р, инв Ш р

Находился на лечении с 11.10.16 по 24.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ш ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая остеоартропатия н/к Ш ст. с-м диабетической стопы. хронический остеомиелит левой стопы. Состояние после ампутации 1п левой стопы. Трофическая язва левой стопы. Артифакия ОД. Незрелая катаракта OS. Авитрия ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП Шст, диабетическая нефропатия IV. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3кг за год, прогрессирующее ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, периодические гипогликемические состояния, отеки голеней, стоп к вечеру, трофическая язва в области подошвенной поверхности левой стопы с серозным отделяемым.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 14ед., п/о-8 ед., п/у-5 ед., Фармасулин НNP 22.00 – 12 ед. Гликемия –10-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. 2014 – ампутация 1 п левой стопы. Прогрессирующее ухудшение зрения с 2014. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.10.16 Общ. ан. крови Нв – 141 г/л эритр –4,2 лейк –5,4 СОЭ – 18 мм/час

э- 1% п-0 % с- 68% л-29 % м-1 %

12.10.16 Биохимия: СКФ –43,07 мл./мин., хол – 7,3тригл – 3,0ХСЛПВП -0,92 ХСЛПНП -5,0 Катер -6,9 мочевина –7,6 креатинин –133 бил общ –10,8 бил пр –27 тим – 7,1 АСТ – 0,37 АЛТ –0,38 ммоль/л;

21.10.16 Мочевина 7,8 креатинин 110,2

13.10.16 Глик. гемоглобин – 12,5%

### 12.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –17-12-15 в п/зр белок – 0,683 ацетон –отр; эпит. пл. - ум ; эпит. перех. -1-2 в п/зр

18.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -500 белок – отр

17.10.16 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – 1,61

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 1210 | 12,7 | 12,9 | 6,5 | 4,4 | 5,0 |
| 14.10 2.00-12,9 | 13,2 | 6,3 | 5,9 | 9,9 | 11,1 |
| 19.10 | 9,8 | 10,1 | 11,5 | 9,0 | 7,9 |
| 21.10 | 7,8 | 7,9 |  |  |  |

11.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ш ст, трофическая язва левой стопы, сенсорно-моторная форма..

11.10.16Окулист: VIS OD=0,09 + 3,0 =0,1 OS= 0,02 н/к

Артифакия ОД. Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОД. Незрелая катаракта OS. Авитрия ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.10.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородчно-верхушеночй области.

11.10.16 На р- гр левой стопы в2х проекциях определятся культя 1 п. на уровне головки 1. Плюсневой коси. Деструктивных изменений не выявлено.

13.10.16 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.10.16Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы. Хр. гастродуоденит с болевым и диспепсическим с-мом.

21.10.16 хирург: Диабетическая остеоартропатия н/к Ш ст. с-м диабетической стопы. хронический остеоелит левой стопы. Состояние после ампутации 1п левой стопы. Трофическая язва левой стопы.

20.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, пристеночного образования, похожего на полип (прикрепленный к стенке конкремент ? – контроль ч\з 2 мес). функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме почек.

12.10.16РВГ: Нарушение кровообращения слева I ст. справа – норма, тонус сосудов повышен.

11.10.6УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V =6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение Фармасулин Н, диалипон, витаксон, Фармасулин НNP,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. рана левой стопы с положительной динамикой в стадии эпитализации, отделяемого нет. 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: Фармасулин Н п/з-12-14 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -2-4 ед., Фармасулин НNP 22.00 16-18 ед.
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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д, оптикс форте 1т 1р\д
10. Рек хирурга: продолжить обработку детодином. Контроль УЗИ ОБП 1р\год.
11. Конс. кардиолога в связи с изменения на ЭКГ.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.