#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 600

##### Ф.И.О: Дьячкова Любовь Ивановна

Год рождения: 1947

Место жительства: г. Энергодар ул. Юности 5-80

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.05.16 по 23.05.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП IIст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Шст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва левой стопы. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммуный треоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, учащенное мочеиспускание, сердцебиение, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 90 мг утром, Сиофор 1000 2р/д, гликемия амбулаторно 11-14 ммоль/л, короткими курсами получала инсулинотерапию во время лечения в хирургическом отделении по м\ж. Боли в н/к 2010. Трофическая язва на подошвенной части левой стопы с 12.2015. На пр. н/к ампутация 1- IV пальцев, на левой 1-Ш пальцев (за период с 2010-2015). Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг 2р\д, лозап 50. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.05.16 Общ. ан. крови Нв 148 г/л эритр –4,6 лейк – 7,7 СОЭ –20 мм/час

э-1 % п- 1% с-70 % л-25 % м- 3%

12.05.16 Биохимия: СКФ –82 мл./мин., хол –5,6 тригл -3,0 ХСЛПВП -1,01 ХСЛПНП -3,2 Катер -4,5 мочевина –8,9 креатинин – 86 бил общ – 21,5 бил пр –5,0 тим –4,8 АСТ –0,82 АЛТ –1,06 ммоль/л;

18.05.16 мочевина -4,8 креатинин – 94 бил обл 15,9 бил пр – 3,0 тим -2,4 АСТ – 0,48 АЛТ 0,44.

### 12.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк –5-7 в п/зр белок – 0,023 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. ед- в п/зр

13.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1500 эритр - белок – 0,022

13.05.16 Суточная глюкозурия – 3,7%; Суточная протеинурия – 0,056

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.05 |  |  | 11,4 | 13,1 |  |
| 12.05 | 11,4 | 10,2 | 10,3 | 13,2 |  |
| 13.05 | 4,8 |  |  |  | 13,8 |
| 14.05 | 9,0 | 10,0 | 9,7 | 10,5 |  |
| 17.05 | 9,9 | 7,9 | 7,1 | 9,1 |  |
| 18.05 |  |  |  | 7,9 |  |
| 19.05 | 6,9 |  |  |  |  |

11.05.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш, сенсомоторная форма, трофическая язва подошвенной поверхности левой стопы. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м,

19.05.16Окулист: VIS OD= 0,1+2,5=0,7 OS= 0,1+2,5=0,7

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, твердые экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

110.5.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.05.16 ФГ ОГК № 95818: без патологии.

11.05.16 НА р-гр обеих стоп определяются культи справ на уровне головки 1 плюсн. кости, основных фаланг II, Ш, IV пальцев стопы; слева культи 1 и II пальцев на уровне с/3 плюсневых костей. Деструктивных изменений не выявлено.

13.05.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

12.05.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.05.16 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва левой стопы.

11.05.16Гинеколог: Постменопауза

13.05.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

16.05.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,1 см3; лев. д. V = 7,6см3

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом. В пр доле у перешейка гидрофильный очаг 0,55 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диалипон, актовегин, витаксон, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, эналаприл, сиофор, Диабетон MR, эссенциале, индапрес.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Трофическая язва левой стопы со скудным сукровичным отделяемым.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-16 ед., п/о-14 ед., Фармасулин НNР п/уж -16 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Повторная госпитализация в эндодиспансер после заживления трофической язвы для перевода на двукратный режим инсулинотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3-6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
8. Рек хирурга: продолжить перевязки на обл троф. язвы левой стопы с гентаксаном
9. Повторный осмотр хирурга по м/ж.
10. Рек гинеколога: маммография в плановом порядке.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.