#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1526

##### Ф.И.О: Долгоповый Александр Анатольевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Ореховский р-н, ул. Общественная 12

Место работы: КУ «Ореховская ЦРБ» , ОРС.

Находился на лечении с 02.11.17 по 03.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Острый тромбофлебит большой подкожной вены слева. ВДТБ (29.12.16) верхней доли левого легкого.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез (4-5 раз), ухудшение зрения на фоне колебания глюкозы крови, отсутствие гипогликемических состояний на фоне стойко повышенного уровня глюкозы, увеличение веса на 4 кг за 8 мес, боли в подошвах, онемение , снижение чувствительности в стопах, судороги, больше в левой н/к, болезненность и уплотнение в области внутренней поверхности левого бедра.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. была выявлена гипергликемия 20 ммоль/л. к эндокринологу не обращался , самостоятельно принимал манинил, с 2006 на «Д» учете, тогда в связи с неэффективностью ССП был переведен на инсулинотерапию: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, затем Хумодар К 25 100Р 2р/сут. В 2012 переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNP 2р/сут. с 01.2015 к терапии был добавлен сиофор 850 1т 2р/д, Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 22ед., п/у- 22ед., Фармасулин НNP п/з 34ед, п/у 36 ед, диаформин 850 мг 1т 2р/д . Гликемия –10-12,6 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: гепатит А - 1970. В 12.2016 - ТБЦ в/доли левого легкого, получал лечение в противотуб. диспансере. Состоит на «Д» учете, Повышение АД около 10 лет, ИБС, стенокардия напряжения с 2015г. Принимает эналаприл 10 мг 2р/д, бисопролол 5 мг утром. В 2007 –пластика паховой грыжи слева с ППС.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 03.11 | 148 | 4,6 | 3,7 | 27 | 2 | 6 | 62 | 27 | 3 |

##### 03.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,061 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр соли фосфатов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.11 |  |  |  | 11,8 | 12,0 |
| 03.11 | 12,1 |  |  |  |  |

03.10.17 Ангиохирург: Острый тромбофлебит большой подкожной вены слева.

02.11.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки окклюзивного тромбофлебита БПВ слева на границе в/3 ср/3 бедра . рекомендовано: перевод вотд. сосудистой хирургии, элатическое бинтование, фленкос 0,4 п/к, гепарин гель местно.

Лечение: фленокс 0,4 п/к , Фармасулин НNP, Фармасулин Н, эналаприл, бисопролол, индапрес, диаформин, эластическое бинтование..

Состояние больного при выписке: СД в ст. декомпенсации, сохраняется умеренный болевой с-м в области внутренней поверхности левого бедра. АД140/80 мм рт. ст. переводится в отд. сосудистой хирургии для проведения оперативного лечения.

Рекомендовано:

1. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
2. Инсулинотерапия: в операционном периоде Фармасулин Н 8.00 – 12-14ед, п/о 14-16ед, п/у 12-14ед, 22.00 – 4-6 ед, 2.00 -4-6 ед, с коррекцией доз под контролем гл. профиля
3. В последующем перевод ЗОЭД для подбора инсулинотерапии
4. Б/л серия. АДГ № 671632 с 02.11.17 по 03.11.17. продолжает болеть.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.