#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 32

##### Ф.И.О: Паньковская Светлана Николаевна

Год рождения: 1958

Место жительства: г.Запорожье пр. 40 л. Победы 15/92.

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 10.01.17 по 24.01.17 в диаб. отд.(ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диаб. ангиопатия артерий н/к IV ст. С-м диабетической стопы. Ампутация по Шопару слева(2010). Трофическая язва культи левой стопы R II ст по Вагнеру.Р II Е15 см2. Д II ; I-1, S2 Диабетическая остеоартропатия н/к по смешанному типу. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш, сенсомоторная форма. . ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце СН1. Риск 4.Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) цереброастенический с-м. Почти зрелая катаракта OS. Незрелая катаракта ОД.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/95 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2010 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 34-36ед., п/у-14-16 ед., диаформин 1000 2р/д. Гликемия –10,0-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. . Повышение АД в течение 17 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл, индапрес, карведилол, кардиомагнил. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.01.17 Общ. ан. крови Нв – 165 г/л эритр – 4,9 лейк –11,8 СОЭ – 27 мм/час

э- 0% п-0% с- 80% л- 17 % м- 3%

12.01.17 Общ. ан. крови Нв – 136 г/л лейк –5,9

22.01.17 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –4,2 лейк –8,6 СОЭ –29 мм/час

э- 4% п- 2% с- 58% л- 31 % м- 5%

10.01.17 Биохимия: хол –4,3 тригл -2,34 ХСЛПВП -1,67 ХСЛПНП -1,57 Катер -1,6 мочевина –6,5 креатинин –141 бил общ –10,6 бил пр –2,5 тим –3,05 АСТ –0,46 АЛТ –0,42 ммоль/л;

12.01.17 креатинин 99,7 СФК – 80,3 мл/мин.

10.01.17 Амилаза 23,8 (0-90)- Ед/л

10.01.17 Гемогл –165 ; гематокр – 0,45 ; общ. белок – 79 г/л; К –4,1 ; Nа –140 ммоль/л

15.01.17 К – 4,1

10.01.17 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ –87,2 %; фибр – 2,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4

12.01.17 Фибр – 4,2 г/л

12.01.17 Проба Реберга: м, креатинин крови-99,7 мкмоль/л; креатинин мочи- 5568 мкмоль/л; КФ-90,5 мл/мин; КР- 97,8%

### 10.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 эрит 0-1 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,066 ацетон –отр; эпит. пл. - ;много эпит. перех. -много в п/зр

11.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – 0,04

12.01.17 Суточная глюкозурия – 0,73%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.01 |  | 11,4 | 10,5 | 10,9 |
| 12.01 | 8,4 | 5,4 | 6,7 | 10,7 |
| 14.01 | 5,6 | 10,7 | 10,0 | 7,5 |
| 18.01 | 5,9 | 7,5 | 5,9 | 9,0 |
| 21.01 | 7,3 | 6,7 | 6,2 | 9,0 |
| 24.01 | 6,1 | 6,3 | 5,4 | 5,6 |

10.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш, сенсомоторная форма. С-м диабетической стопы. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) цереброастенический с-м.

12.01.17Окулист: VIS OD= 0,07н/к OS= 0,2сф-3,0д=0,04 ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках (ОД<OS). рефлекс с глазного дна розово-тусклый, просматриваются единичные сосуды, гл дно не офтальмоскопируется. Д-з: Почти зрелая катаракта OS. Незрелая катаракта ОД.

10.01.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

12.01.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. отклонена влево Диффузные изменения миокарда.

10.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце СН1.

12.01.17 на р-гр левой топы. Культ на уровне снования плюснефаланговых костей. Перестройки костной структуры, Деструктивных изменений не выявлено.

13.01.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IV ст. С-м диабетической стопы. Ампутация по Шопару слева(2010). Трофическая язва культи левой стопы R II ст по Вагнеру. Р II Е15 см2. Д II ; I-1, S2 Диабетическая остеоартропатия н/к по смешанному типу.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, лизиноприл, индапрес, карведилол, линекс, омепразол, валериана, магникор, торвакард, габантин, диалипон, актовегин, витаксон, диаформин, ново-пасит, нуклео ЦМФ, перевязки, рентгенотерапия.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст., со стороны троф. язвы положительная динамика: воспаление, отечность, гиперемия, лимфостаз отсутствуют. Определяется умеренная эпителизация по периферии трофической язвы. Данных за гнойное воспаление нет.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н (пенф) п/з- 6-8ед., п/уж -6-8 ед., Фармасулин НNР(пенф) п/з-32-34 ед., п/уж 10-12 ед., Ввиду низкой остроты зрения пациентка нуждаетсяв переврде на пенфильные формы инсулина и выдаче шприц-ручек для его введения.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 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: карведилол 12,5мг утр., нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Нолипрел 1т утром (лизиноприл –тева 30 мг утром, индапрес 2,5 мг утром), карведилол 12,5 кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. Рек. окулиста: оперативное лечение ОИ
8. Рек хирурга: продолжать обработку бетадином, гентаксаном, метил уроцилом. Наблюдение хирурга по м/ж.
9. Рек Р-н терапевта: продолжить сеанс рентгенотерапии левой стопы.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В