#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1150

##### Ф.И.О: Дорошенко Анна Мироновна

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Энергодар, В-Интернационалистов, 18-139

Место работы: инв IIгр.

Находился на лечении с 13.09.13 по 25.09.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш, смешанная форма. С-м диаб стопы, ампутационная культя левой стопы. СПО ампутация левой стопы по Шоппару. Троффическая язва культи левой стопы. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, диффузный кардиоклероз, полная блокада ПНПГ. СН 1 ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, потерю веса, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, трофическая язва в области левой стопы, повышение АД до 190/80 мм.рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2012 – инсулинотерапия в связи с ампутацией ½ левой стопы по поводу длительно незаживающей трофической язвы. В настоящее время трофическая язва не заживает, постоянные сукровичные выделения, ежедневно проводит перевязки. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р. п/з- 16ед., п/о- 18ед., п/у-14 ед., Гликемия –17,6 ммоль/л. Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает индап 2,5. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.09.13Общ. ан. крови Нв – 114 г/л эритр – 3,6 лейк – 4,3 СОЭ – 38 мм/час

э-4 % п- 1% с- 63% л- 27 % м-5 %

16.09.13Биохимия: СКФ –100 мл./мин., хол –5,34 тригл – 1,77 ХСЛПВП -1,48 ХСЛПНП -3,05 Катер – 2,60мочевина –6,4 креатинин –88 бил общ –15,1 бил пр – 3,8тим –1,6 АСТ –0,45 АЛТ –0,12 ммоль/л;

17.09.13 Глик гемоглобин 12,2%

### 16.09.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 1-3 в п/зр белок – 0,56 ацетон –отр; эпит. пл. – много; эпит. перех. – ед в п/зр

18.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -250 белок – 0,46

16.09.13Суточная глюкозурия – 0,44; Суточная протеинурия – 0,68

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.09 | 8,3 | 12,3 | 10,0 | 9,1 |
| 17.09 | 5,6 | 10,5 | 6,9 | 5,4 |
| 18.09 |  |  |  | 6,0 |
| 19.09 | 5,3 | 7,6 | 9,5 | 10,8 |
| 21.09 | 5,3 | 12,2 | 10,2 | 9,1 |
| 23.09 |  | 4,5 | 10,1 | 10,2 |
| 24.09 |  | 6,4 | 7,8 | 11,3 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш, смешанная форма. С-м диаб стопы, ампутационная культя левой стопы.

Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,6

Единичные микроаневризмы, экссудаты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ЛНПГ

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиоклероз, полная блокада ПНПГ. СН 1 ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.09.13 Р-графия лев. стопы: культя стопы на уровне оснований плюсневых костей без деструктных изменений.

Конс хирурга: СПО ампутация левой стопы по Шоппару.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

Лечение: Хумодар Р100Р, Генсулин Н, Хумодар К 25 100Р, тиогамма турбо, весел дуэф, метрогил, вазонат, энап, амлодипин, индапрес, диаформин, кардиомагнил,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. Повышение гликемии в 20.00 обусловлено нарушением схемы введения инсулина. Больная от дальнейшей коррекции инсулинотерпии отказывается. Настаивает на выписке. АД 140/90 мм рт. ст. трофическая язва в стадии заживления.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-34 ед., п/у- 20ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 4 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., индапрес 2,5 мг 1т\*утром, амлодипин 10 мг п/у, энап 10 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС при возможности
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. хирурга: продолжить перевязки с гентаксаном.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.