#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 938

##### Ф.И.О: Бабкина Елена Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Благовещенка ул. Кирова, 132

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.08.16 по 15.08.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХН. IV. СПО экзартикуляция 1п правой стопы. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: амарил 4 мг утром, сиофор 1000 2р/д. Гликемия –15,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 8 лет. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает тонорма. АИТ с 2013 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –52,3 (0-30) МЕ/мл от 06.12.13 .25.07.16 – в х/о по м\ж проведена экзертикуляция 1п пр . стопы. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.08.16 Общ. ан. крови Нв – 125 г/л эритр – 3,8 лейк – 12,6 СОЭ – 12 мм/час

э- 2% п- 1% с- 72% л- 20% м-5 %

09.08.16 Биохимия: СКФ –94 мл./мин., хол –4,9 тригл – 2,14ХСЛПВП -1,12 ХСЛПНП -2,81 Катер -3,4мочевина – 6,7 креатинин – 93,5 бил общ – 10,8 бил пр –2,7 тим –5,5 АСТ – 0,25 АЛТ – 0,41 ммоль/л;

09.08.16 Глик. гемоглобин -11,6 %

12.08.16 ТТГ – 1,2 (0,3-4,00 мМЕ/мл

### 09.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. –у в п/зр

10.08.16 Суточная глюкозурия – 2,58%; Суточная протеинурия – отр

##### 10.08.16 Микроальбуминурия – 17,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.08 |  | 10,7 | 9,4 | 11,9 |
| 09.08 | 9,6 | 11,9 | 10,7 | 12,6 |
| 11.08 | 10,3 | 12,5 | 9,5 | 8,6 |
| 12.08 | 8,1 | 9,6 | 8,4 | 6,6 |

11.2015Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

08.08.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,5

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

08.08.16ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый,. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.08.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

09.08.16 На р-гр обоих г/стопных суставов признаки субхондрального склероза, характерно для нач. ДОА.

09.08.16 На р-гр культи правой стопы - культя 1п на уровне головки 1 плюснефаланговой кости без костно-деструктивных изменений.

08.08.16 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХН. IV. СПО экзартикуляция 1п правой стопы.

08.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тонорма, диформин, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, нуклео ЦМФ, бетодин, гентаксан.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. п/о рана – грануляция без признаков воспаления. Учитывая первичное назначение инсулинотерапии, невозможно самостоятельного введения инсулина при помощи шприца (ампутация II –V п. правой рабочей верхней конечности), рекомендовано применение инсулина Инсуман Базал в пенфильной форме, выдана шприц ручка Allstar № 1.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал (пенф) п/з-28 ед., п/уж 20- ед.,

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 6,25мг утр., престариум 10 мг веч.. Контроль АД, ЭКГ.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
7. Рек хирурга: перевязки с бетодином.
8. Конс. невролога по м/ж.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.