#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1281

##### Ф.И.О: Хромова Мария Антоновна

Год рождения: 1967

Место жительства: Веселовский р-н, с. Ясная Поляна, ул, Молодежная 7-1

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 21.10.16 по 01.11.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия цереброастенический с-м, Диаб. ангиопатия артерий н/к. СДС, смешанная форма, трофические язвы в области V плюсневых костей обеих стоп. Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Железодефицитная анемия легкой степени. Ожирение Iст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Многоузловой зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния 2-3 р/д в разное время суток

сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, трофические язвы обеих стоп..

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы – кетоацидотическая при выявлении СД. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимала Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2000 переведена на Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-18 ед., п/о- 10ед., п/у- 12ед.,Хумодар Б100Р 22.00 28 ед. Гликемия – 2,8-20ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 20 мг 2р\д, индап 2,5 м 1р\д, амлодипин 5 мг 1р\д. Многоузловой зоб с 2009. Трофические язва пр. стопы в течение 10 лет, трофическая язва левой стопы в течение 2 лет.09.2016 прошла курс лечения в усл. х/о 3-й гор больницы, получала лечение препаратами а-липоевой кислоты, витаминами гр В, тивортин, актовегин. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.10.16 Общ. ан. крови Нв – 105 г/л эритр – 3,1 лейк –5,6 СОЭ –13 мм/час

э- 0% п- 0% с- 71% л-27 % м- 2%

28.10.16 Общ. ан. крови Нв – 123 г/л эритр –3,8 лейк –8,2 СОЭ –21 мм/час

э-1 % п- 3% с-74 % л- 15 % м- 7%

24.10.16 Биохимия: СКФ –103,9 мл./мин., хол –2,94 тригл -0,79 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -1,17 Катер -1,1 мочевина –4,8 креатинин –75,4 бил общ –9,6 бил пр –2,4 тим –6,4 АСТ – 0,45 АЛТ – 0,50 ммоль/л;

25.10.16 Глик. гемоглобин – 10,3%

28.10.16 Св.Т4 – 20,3 (10-25) ммоль/л; ТТГ –1,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –832,9 (0-30) МЕ/мл

28.10.16 К – 4,0 ; Nа – 145 Са – 2,08 ммоль/л

### 25.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-4 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

26.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,035

24.10.16 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – 0,037

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.10 |  |  |  | 6,5 |  |
| 22.10 | 10,1 | 13,1 | 6,3 | 3,6 |  |
| 23.10 | 13,5 |  |  |  |  |
| 25.10 | 9,2 | 8,1 | 8,3 | 11,4 |  |
| 26.10 | 9,8 |  | 9,4 | 12,1 |  |
| 27.10 | 9,2 | 9,7 | 6,8 | 8,1 | 11,8 |
| 30.10 | 6,4 | 7,5 | 10,0 | 11,1 |  |
| 31.10 |  |  | 4,6 | 5,6 |  |

20.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия цереброастенический с-м,

01.11.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS=0,5 ;

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.1.016ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

25.10.16 Р-гр стоп: определяется разрушение головки. V пл. кости слева, остеопороз костных структур.

26.10.16 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II а. ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

26.10.16 Гематолог: железодефицитная анемия легкой степени.

26.10.16 Осмотр хирурга II х/о ГКБ 3. Диагноз -СДС, смешанная форма, трофические язвы в области V плюсневых костей обеих стоп.

24.10.16РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

25.10.16Хирург: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к. СДС Ш ст по смешанному типу. Остеолиз головки V плюсневой кости. трофические язвы подошвенных поверхностей обеих стоп.

01.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,0 см3; лев. д. V = 7,5см3

Перешеек –0.45 см.

По сравнению с УЗИ от 09.10.16 размеры железы уменьшились контры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелкими крупным фиброзом. В пр доле у заднего контура дугообразные кальцинаты 1,7 см и 1,0 см, возможно узлы с кальцинированной передней стенкой. В левой доли у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,22 \* 0,89 см, с множественными кальцинатами в левой доле с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,55 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Актрапид, Протафан НМ, амлодипин берлиприл, индап, торсид, органиа, предуктал MR, тардиферон,

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Актрапид, Протафан НМ. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. трофические язвы обеих стоп без признаков гнойного воспаление. Отечность, гиперемия за время лечения уменьшилась, отделяемое скудное серозное. Отмечается развитие краевых грануляций.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 14-16ед., п/о-8-10 ед., п/уж -8-10 ед., Протафан НМ 22.00 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 10 мг веч. трифас 10 мг утром 3-4 дня. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Повторный осмотр после дообследования.
7. Рек. невропатолога: органия 75 мг 2р\д 2 нед.
8. Рек хирурга: перевязки с гидрогель, гранугель, гипсовая иммобилизация до полного заживления язв, солевые ванночки, амбулаторное лечение по м\ж у хирурга.
9. ТАПБ узлов щит. железы в плановом порядке ( с больной проведена беседа о необходимости проведения ТАПБ) УЗИ щит. железы 1р. 6 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Рек. гематолога: тардиферон 1т./д. 3 мес во время еды. наблюдение по м\ж .Контроль ан. крови 1р\мес

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.