#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1702

##### Ф.И.О: Бабкина Елена Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Благовещенка ул. Кирова 138

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 04.12.17 по 15.12.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит железы. Эутиреоз. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. Облитерирующий атеросклероз н/к, стеноз бедренно-подколенного сегмента справа. Хр ишемия пр н/к. С-м диабетической стопы 1- II ст. смешанная форма. Диабетическая остеоартропатия н/к II ст. СПО (2016, ампутация 1, II п правой стопы). Трофическая язва левой стопы по Вагнеру ст эпителизации. Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл Ш ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 13 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Актив п/з-16 ед., п/о-18 ед., п/у-24 ед., Инсуман Инсуман Базал 22.00 24ед диаформин 10000 2р/д. Гликемия –8,0-14,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ с 2013 АТТПО – 52,3 от 06.12.13. Получала стац лечение по поводу диабетической стопы, ампутация 1п. правой стопы 21.07.16. (3-я ГБ). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.12 | 138 | 4,1 | 8,0 | 24 | 2 | 0 | 68 | 29 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.12 | 86,7 | 6,4 | 2,4 | 1,18 | 4,1 | 4,42 | 7,3 | 91,3 | 11,4 | 2,9 | 4,8 | 0,22 | 0,51 |

05.12.17 Глик. гемоглобин -11,2 %

08.12.17ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

05.12.17 К – 4,1 ; Nа – 140,4 Са++ -1,08 С1 - 101,0 ммоль/л

### 05.12.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.12.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

06.12.17 Суточная глюкозурия – 3,4%; Суточная протеинурия – 0,046

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.12 | 10,2 | 12,7 | 9,5 | 11,1 |
| 08.12 | 10,5 | 11,3 | 12,1 | 11,4 |
| 11.12 | 10,8 | 12,5 | 8,0 | 9,6 |
| 14.12 | 10,2 | 9,5 |  |  |
| 15.12 | 8,2 |  |  |  |

12.12.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м

06.12.17Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: артерии сужены, вены неравномерного калибра, полнокровны, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс II ст, множественные твердые экссудаты Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ.

04.12.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

06.12.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл Ш ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

07.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.12.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш cт. Облитерирующий атеросклероз н/к, стеноз бедренно подколенного сегмента справа. Хр ишемия пр н/к. С-м диабетической стопы 1- II ст. смешанная форма. Диабетическая остеоартропатия н/к II ст. СПО (2016, ампутация 1, II п правой стопы). Трофическая язва левой стопы по Вагнеру ст эпителизации.

05.12.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

04.12.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7см3; лев. д. V = 5,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал аторвакор, тио-липон, витаксон, нуклео ЦМФ, актовегин, тивортин, мефармил

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-20-22 ед., п/уж -10-12 ед., Инсуман Базал п/з- 40-42ед., п/уж -24-26 ед.
4. диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д, эплепрес 25 мг 1р/д,предуктал MR 1т 2р/д ЭХОКС по м/ж
9. Тио-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
10. Рек. невропатолога: неогбаин 75 мг 2р/д, нейротротип 4,0 в/в № 10.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек хирурга: обработка метил-уроциловой мазью, подбор ортопедической обуви

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.