#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 637

##### Ф.И.О: Исаенко Тамара Ивановна

Год рождения: 1938

Место жительства: Г-Польский р-н, г. Гуляйполе ул. Садовая 20

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.04.17 по 08.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Макулярный отек OS. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. Трофическая язва 1п пр. стопы. 1 ст по Вагнеру в ст регенерации, трофическая язва 1п левой стопы 1ст по Вагнеру, стадия эпителизации. окклюзия ЗББА с обеих сторон. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. ДЭП сочтенного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) цереброастенический с-м. Болезнь Паркинсона ригидно-дрожательная форма IIст по Хен-Яр. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 10 кг за 8 мес, гипогликемические состояния в утреннее время до 1р\нед, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/110 мм рт.ст., головные боли, одышку при физ. нагрузке, чувство распирания в стопах, наличие трофических язв на 1-х пальцах обеих стоп. шаткость при ходьбе, отеки н/к , периодически учащенное сердцебиение, давящие боли в области сердца без связи с чем либо.

Краткий анамнез: СД выявлен в 08.2016г. с 2015 отмечает потерю в весе на 20 кг, амбулаторно при сдаче анализов выявлен сах. крови 14 ммоль/л, ацетон мочи 1+. С начала заболевания ССП (метамин ). С 08.2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 14-16ед. Диабетон MR 60 мг утром Комы отрицает. С 01.2017 появились трофические язвы 1 п. обеих стоп. Последнее стац. лечение в 08.2016 ( 4-я горбольница). 01.2017 стац лечение в 3-й гор больнице в отд диаб. стопы. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лоспирин 75 мг, бисопролол5 мг 1т утром, эналаприл 10 1т 2р\д. болезнь Паркинсона, принимает левоком 250 мг 2р/д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 28.04 | 118 | 3,5 | 5,6 | 45 | 1 | 2 | 68 | 28 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 28.04 | 56,7 | 5,6 | 1,58 | 1,37 | 3,51 | 3,1 | 5,6 | 78 | 11,9 | 3,1 | 1,7 | 0,20 | 0,2 |

28.04.17 Глик. гемоглобин – 6,2%

28.04.17 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

03.05.17 Коагулограмма: ПТИ – 101,4 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

### 28.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –на все в п/зр белок – 0,074 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

05.05.17 Суточная глюкозурия –0,9 %; Суточная протеинурия – 0,107

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.04 | 5,8 | 7,1 | - | 10,1 |
| 29.04 | 5,7 | 9,3 | 6,6 | 5,4 |
| 30.04 | 4,7 | 10,4 | 7,1 | 7,5 |
| 04.05 | 5,7 | 10,1 | 4,1 | 6,7 |

05.05.17Невропатолог: ДЭП сочтенного генеза ( дисметаболическая, гипертоническая) цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Рек-но: а-липоевая кислота 600 мг в/в кап № 10, витаксон 1т 2р/д, тивортин 100,0 в/в кап № 10 . левоком 250 мг 2р\д

04.05.17 Окулист: VIS OD=0,3 н/к OS= 0,06 н/к

ОИ –артифакия, ОД- зрачок узкий, гл дно под флером. OS. ДЗН бледно-розовые. С деколорацией Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Макулярный отек OS. Рек-но ОСТ макулы OS. для решения вопроса о дальнейшей тактики лечения

27.04.17 На р-гр правой стопы в 2х проекция остеопороз костных структур, деструктивных изменений не выявлено.

26.04.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонен. Гипертрофия левого желудочка.

26.04.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Окклюзия ЗББА с обеих сторон. С-м диабетической стопы. рек но: лечение у эндокринолога, хирурга, в/в тиоктацид 600 № 10, в/в метрагил 100,0 в/в № 5 , актовегин 5,0 № 10 в/в, мильгамма 2,0 в/м №10, мелбек 1,5 в/м № 5, розарт 10 мг\сут, асафен 1т 1р\д длительно, детралекс 1т 2р/д 2 мес. перевязки с бетадином.

27.04.17 Хирург: С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. Трофическая язва 1п пр. стопы. 1 ст по Вагнеру в ст регенерации, трофическая язва 1п левой стопы 1ст по Вагнеру, стадия эпителизации. Ре-но: ежедневная обработка бетадином повязки бетодлин + диоксизоль, детралекс 500 1т 2р/д, наблюдении невролога, сосудистого хирурга, физиотерапия.

27.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,3 см3; лев. д. V = 8,8 см3

Перешеек 0,27 см

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с множественным расширенными фолликулами до 0,5 см. В пр доле в н/3 гидрофильный узел 0,63 см .в левой доле у заднего контура узел с гидрофильным ободком 0,68\*1,36 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Хумодар Б100Р, Диабетон MR, бисопролол, энап, лоспирин, метрагил, актовегин, хемопамид, тиогамма

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст. Трофические язв в стадии эпителизации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, сосудистого хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 14-16ед.

ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг\* утр

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Гипотензивная терапия: Энап 10 мг 1т 2р\д. индапамид 2,5 мг 1т утром натощак, бисопролол 5 мг утром, лоспирин 75 мг 1т на ночь. Контр. АД. ЧСС.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. ЭХОКС с послед. конс. кардиолога по м\ж
6. Левоком 250 мг 1т 2р\д.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ в плановом порядке.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В