#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1238

##### Ф.И.О: Ковальчук Валентина Николаевна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Стешенко 25-76

Место работы: КУ ЗОКБ ЗОС, ведущий специалист бухгалтерии, инв II гр

Находился на лечении с 07.09.17 по 18.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, начальная катаракта Диабетическая ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы 1 ст. смешанная форма. троф. язва 1п левой стопы 1 ст по Вагнеру в ст регенерации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7), ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. СН II А ф .кл II Узловой зоб 1 узлы левой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 15 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в первой половине дня, связывает с погрешностью в диетотерапии, общую слабость, быструю утомляемость, троф. язву левой н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-20 ед., п/у- 10ед., Протафан НМ п/з 34 ед, п/у 22 ед. Гликемия –3,5-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает энап 10 мг 2р/д. Узловой зоб с 2014. АТТПО – 14,2 ТТГ – 0,7 от 2014. ТАПБ 07.2014 – цитологическая картина пунктатов левой дои соответствует узловому зобу. 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 |
| 08.09 | 115 | 3,5 | 4,6 | 44 | 0 | 2 | 57 | 40 | 1 |
| 13.09 | 110 | 3,5 | 5,8 | 47 | 1 | 2 | 57 | 38 | 2 |
| 18.09 | 107 | 3,2 | 5,1 | 41 | 3 | 0 | 63 | 30 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.09 | 80 | 5,0 | 1,9 | 1,44 | 2,68 | 2,5 | 9,5 | 101 | 11,5 | 2,6 | 2,0 | 0,1 | 0,15 |

08.09.17 Глик. гемоглобин – 10,4%

08.09.17ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

08.09.17 К – 4,8 ; Nа – 140ммоль/л

11.09.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 100 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

### 08.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк 1/2 в п/зр белок – 0,506 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - ед в п/зр

11.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – 0,311

18.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 500 белок – 0,292

11.09.17 Суточная глюкозурия –0,36 %; Суточная протеинурия – 1,09

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.09 | 6,2 | 7,8 | 6,8 | 4,7 |  |
| 10.09 | 7,4 | 3,1 | 10,4 | 10,0 |  |
| 13.09 | 9,4 | 8,2 | 9,8 | 9,5 |  |
| 15.09 | 10,9 | 8,0 | 7,3 | 5,8 |  |
| 16.09 | 9,0 |  |  |  |  |

08.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7),

30.08.17Окулист: VIS OD= 0,4сф- 1,0=0,5 OS= 0,7сф- 1,0=0,5 ; Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Новообразованные сосуды OS Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, начальная катаракта

07.09.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

11.09.17 На р-гр левой колени в 2х проекциях без деструктивной патологии, обызвествление подошвенного апоневроза по типу пяточной шпоры. На р-гр левой топы в 2х проекциях (1палец) без признаков деструкции.

12.09.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. СН II А ф .кл II

08.09.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.09.17Хирург: с-м диабетической стопы 1 ст. смешанная форма. троф. язва 1п левой стопы 1 ст по Вагнеру в ст регенерации

18.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст конкрементов в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника.

18.09.17 Нефролог: ХБП III ст. Диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия. Пиелонефрит в стадии ремиссии.

18.09.17 Хирург: диагноз прежний

08.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

07.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,0 см3; лев. д. V = 16,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,47 см. В левой доле у перешейка гидрофильный узел 0,74\*0,51см. В с/3 левой доли изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 3,68\*2,14 с кистозной дегенераций. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, карведилол, хипотел, амлодипин, энап, диалипон, тивортин, келтикан, детралекс, индапрес, актовегин, офлоксацин

Состояние больного при выписке: уменьшились сухость во рту жажда. Пациентка нуждается в продолжении стац лечения для дальнейшей коррекции инсулинотерапии, настаивает на выписке из отделения в связи с семейными обстоятельствами. Трофическая язва 1п левой стопы в ст. регенерации без признаков воспаления. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, кардиолога, ангиохирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 16-18ед., п/уж -8-12 ед., Протафан НМ п/з 34-38 ед, п/у п/у 24-28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес. Контроль креатинина, мочевины, СКФ, общего белка в динамике.
5. Рек. кардиолога: карведилол 12,5 мг хипотел 80 мг 1р/сут, амлодипин 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ контроль 2р/год. азомекс 5-10 мг\сут, хипотел 40-80 мг\сут.
10. Рек окулиста: ОСТ макулы +ангография сетчатки, затем повторный осмотр.
11. Рек хирурга: продолжить обработку троф. язвы Н2О2, гентаксаном, офлоксацин 200 мг 2р/д продолжить прием до 5-7 дней.
12. Сорбифер дурулес 1т 1р/д. контроль ОАК в динамике. Конс гематолога ЗОКБ.
13. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..
14. Б/л серия. АДГ № 671540 с 07.09.17 по 18.09.17. к труду 19.09.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.