#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 432

##### Ф.И.О: Мирошниченко Людмила Петровна

Год рождения: 1977

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Кошевого 31

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 23 .03.18 по 06.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. Синдром диабетической стопы 1 ст, смешанная форма, краевой некроз кожи 1п правой стопы. 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации. Облитерирующий атеросклероз артерий н/к, окклюзия берцовых сегментов. Хроническая ишемия Ш ст . Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма Узлы обеих долей, эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз, суправентрикулярная экстрасистолия. СН 1. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст . Хронический пиелонефрит латентное течение в стадии обострения. Конъюнктивит OS. Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, выраженные пекущие боли в стопах, наличие краевого некроза на 1п. правой стопы, повышение АД макс. до 130/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. С начала заболевания по настоящее время принимает диаглизид 30 мг 1т утром. В течение последних 3х недель на 1п. пр. стопы краевой некроз. Самостоятельно обратилась в 3 ГБ, направлена на госпитализацию в ОКЭД для подбора ССТ. В наст. время принимает: диаглизид 30 мг, Гликемия –5,0-12,0 ммоль/л. НвАIс -10,2 % от 23.03.18

Анамнез жизни: ОНМК - 2000,2004 ( со слов). Узлы в щит железе с 2011, ТАПБ узлов не проводилось АТТПО – 324 (0-30) от 2011. Тиреоглобин - 15,09 (1,4-78,0) от 2011.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 26.03 | 147 | 4,8 | 6,6 | 22 | 1 | 1 | 66 | 29 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.03 | 54,3 | 6,76 | 2,07 | 1,42 | 4,39 | 3,8 | 4,6 | 85 | 14,4 | 3,8 | 0,95 | 0,18 | 0,23 |

26.03.18 Анализ крови на RW- отр

26.03.18 ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

26.03.18 К –3,59 ; Nа –138 Са++ -1,11 С1 -102 ммоль/л

### 27.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – ½ в п/зр белок – 0,036 ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. - ед уретр 0-2 в п/зр мочевая ксилота – слизь плюс бактерии на все п/зр

05.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 125000 эритр - белок – 0,047 г/л

26.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 27.03.18 Микроальбуминурия –22,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.03 | 11,3 | 13,4 | 6,4 | 6,7 |  |
| 26.03 | 7,3 | 11,4 |  | 8,8 |  |
| 28.03 | 8,4 | 9,6 | 7,9 | 10,0 |  |
| 31.03 | 7,2 | 13,8 | 9,5 | 8,7 |  |
| 02.04 | 7,9 | 10,3 |  | 9,5 |  |
| 03.04 | 7,1 | 9,9 | 9,9 | 11,7 | 10,4 |
| 04.04 | 5,3 |  |  |  |  |
| 05.04 | 6,2 | 6,6 | 10,1 | 9,7 |  |

23.03.18 Окулист: VIS OD= 0,7н/к OS= 0,6н/к OS гиперемия, слезотечение, патологического отделяемого нет. ; Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН сосуды извиты ,склерозированы, вены уплотнены, умеренно полнокровны, с-м Салюс 1- II ст. В макуле друзы , рефлекс сглажен. . Д-з: Конъюнктивит OS. Начальная катаракта, ангиопатия сетчатки , возрастная макулодистрофия ОИ

23.0.318 ЭКГ: ЧСС 92- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Умеренная гипертрофия ЛЖ. .

27.03 18 ЭКГ(ритмограмма): ЧСС 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, Суправетрикулярная экстрасистолия.. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ.

29.03.18.Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ 2 ст . рек ЭХОКС, предуктал MR 1т 2р/д, арифон ретард 1т утром.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.Ш ст, окклюзия берцовых сегментов Хроническая ишемия Шст . Рек:. карвитин 500 в/в, весел дуэ-ф 2,0 в/в, плетол 100 1р/д, ливостор 20 , перевязки с офлоксином, ДДТ ПОП, массаж голеней, магнитотерапия голеней № 10.

27.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Icт. Смешанная форма. Краевой некроз 1 п пр стопы.

23.03.18 на р- гр правой стопы без костно-деструктивных изменений.

27.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Нарушение кровообращения справа – Ш ст, слева 1 ст. Затруденния венозного оттока справа.

26.03.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки Диаб. ангиопатия артерий н/к. ЗББА ,ПББА с 2х сторон - окклюзия..

23.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1см3; лев. д. V = 14,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с множественными гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр доле у перешейка гидрофильный узел 0,8\*0,52 см. В левой доле в н/3 такой же узел 1,0\*0,86 см. в с/3 левой доли конгломерат узлов с кальцинированной стенкой 3,3\*2,1 см. Регионарные л/узлы не визуализируется. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: диаглизид 30, диалипон турбо, витаксон, тивортин, вессел дуэ ф, карвитин, этсет, Хумодар Б100Р седаристон , перевязки с бетадином

Состояние больного при выписке: В связи с наличием выраженных трофических изменений н/к, назначена инсулинотерапия. Гликемия в пределах целевого уровня, несколько уменьшились боли в ногах. В локальном статусе: сохраняется снижение пульсации а. tibialis роst., а dors. pedis, a. popliteal. На 1п правой стопы краевой некроз кожи в стадии регенерации. АД 110/70-130/90мм 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/уж 10-12- ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., определение микроальбуминурии в суточной моче после нормализации ан. мочи по Нечипоренко для уточненния степени диаб. нефропатии .
6. Гиполипидемическая терапия: этсет (аторвастатин)20 мг 1т на ночь. с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: арифон ретард 1т утром. Контр. АД. ЭХОКС в плановом порядке с послед. конс кардиолога.
8. Весел дуэ-ф 1к 2р/д 3 мес плестазол 100 мг 1т 1р/д длительно, диалипон 600 мг утром 2-3 мес.
9. Седаристон 1к 4р/д 2-4 нед .
10. Физиолечение : ДДТ ПОП № 10 , массаж голеней, магнитотерапия голеней № 10.
11. Ципрофлоксацин 500 1т 2р/д, 10 дней флуконазол 50 мг 1р/д 10 дней, нефрофит 1п 2-3р/д 1 мес. контроль ан. мочи по Нечипоренко через 10 дней, под наблюдением семейного врача..
12. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.