#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1460

##### Ф.И.О: Фесенко Людмила Ивановна

Год рождения: 1942

Место жительства: Запорожский р-р, пгт Кушугум ,ул. Заречная 117

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 02.11.18 по  13.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Хр. ишемия Ш ст. СДС 1 ст. смешанная форма состояние после операции (2017 – ампутация 1, II, Ш п. пр. стопы). Трофическая язва пр. стопы 1 ст по Вагнеру в ст. регенерации, Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Субклинический гипотиреоз. ИБС, стенокардия напряжения, диф. кардиосклероз, аортальный порок (КАГ – 2012), СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Последствия перенесённого ТИА в ВББ (2014), вестибуло-атактический, цефалгический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, головокружение, шум в голове, отеки стоп, давящие боли за грудиной, одышку при ходьбе, длительно незаживающую троф. язву пр стопы со, скудным сукровивчным отделяемым.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. гликемия 19,0 ммоль/л. С начала заболевания принимала ССП. В 1998 переведена на инсулинотерапию в связи со стойкой декомпенсацией. Получала различные виды инсулина. Течение заболевания лабильное, периодически гипогликемические состояния, комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 28., п/о- 24ед., п/у- 20ед., Протафан НМ п/з 30 ед, метамин SR 1000 мг 2р/д Гликемия –10,0-12,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ с 2013 АТТПО – 1204 МЕ/мл ( 0-30). Повышение АД с 2006, принимает эналприлл , ИБС с 2009 КАГ – 2012. С 2009 фибрилляция предсердий. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.11 | 124 | 3,7 | 5,3 | 22 | |  | | 2 | 1 | 67 | 26 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.11 | 66,6 | 4,3 | 1,8 | 1,0 | 2,4 | | 3,3 | 4,8 | 75 | 14,6 | 3,0 | 1,4 | | 0,21 | 0,38 |

06.11.18 Глик. гемоглобин – 7,8%

09.11.18 ТТГ – 4,8 (0,3-4,0) Мме/мл

05.11.18 К 4,71 ; Nа 141,4 Са++ - 1,17 - 103 ммоль/л

### 06.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. - в п/зр

05.11.18 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.11.18 Микроальбуминурия – 68,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.11 | 8,7 | 9,6 | 7,3 | 5,9 | 6,4 |
| 08.11 | 7,0 | 8,7 | 7,3 | 10,4 |  |
| 11.11 | 5,6 | 8,9 | 6,7 | 8,3 | 8,7 |

06.11.18 Окулист: VIS OD= 0,3-0,4 н/к OS= 0,2 н/к ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: артерии узкие ,вены неравномерного калибра, полнокровны, выраженный ангиослкероз, с-м Салюс II ст. микроаневризмы, друзы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.11.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

06.11.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, диф. кардиосклероз, аортальный порок (КАГ – 2012), СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р/д клопидогрель 75 мг, предуктал MR 1т 2р/д нолипрел форте 1т утром, небивалол 5 м т/сут дообследование ЭХОКС, КАГ,

02.11.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.1.118 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Хр. ишемия Ш ст. СДС 1 ст. смешанная форма СПО ( 2017 – ампутация 1, II, Ш п. пр. стопы). Трофическая язва пр. стопы 1 ст по Вагнеру в ст. регенерации .

06.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст . Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена. Затруднение венозного оттока справа.

06.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V = 4,6 см3

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

Лечение: предуктал MR, пирацетам, L-тироксин, Актрапид НМ, Протофан НМ, тивортин, эналаприл, бисопролол, тромбонет, вазилип, тиоктацид ,мильгамма, амлодипин, вазилип.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к и в сердце. АД 130/80 мм рт. ст. Трофическая язва в стадии регенерации, уменьшилось сукровичное отделяемое

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 28-30ед., п/о- 24-26ед., п/уж 20-22 ед., Протафан НМ 22.00 30-32ед.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами. Тивортин 1л 2р/д 1 мес
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг утром, бисопролол 10 мг утром, амлодипин 10 мг веч кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. L-тироксин (эутирокс) 25 мкг утром . контроль ТТГ через 3 м ес для коррекции дозы заместительной терапии. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. Рек хирурга: перевязки: бетадином, гентаксаном, грануфлексом. Р-терапия троф. язвы. .

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.