#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 908

##### Ф.И.О: Березенская Галина Григорьевна

Год рождения: 1970

Место жительства: Вольнянсикй р-н, с. Райское, ул. Гагарина 8

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.07.18 . по  20.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Вторичный лимфостаз н/к хроническая лимфоидная недостаточность в стадии субкомпенсации. Трофическая язва правой стопы. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хр пиелонефритом, стадия нерезкого обострения. Ожирение Ш ст. (ИМТ 59кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб II ст. Эутиреоидное состояние. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл, фибрилляция предсердий, постоянная форма. Легочная гипертензия 2 ст. СН II А. ф .кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. ДЭП II, сочетанного генеза, церебрастенический с-м,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния в утренние время, увеличение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160-180/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышка при физ нагрузке, давящие боли в области сердца, ощущение перебоев в сердечной деятельности, выраженные отеки н/к и передней брюшной стенки,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г во время предоперационной подготовкой, глюкоза крови – 11,0 ммоль/л . С начала заболевания принимала ССП. (сиофор). С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию во время лечения в хирургимческом отд ЦРБ по поводу троф язвы левой стопы. Комы отрицает. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-40 ед., п/у-30 ед, диаформин 100 мг 1т 2р/д. отмечает плохую переносимость метамина SR. Гликемия –8,0-29,0 ммоль/л. С 2012 троф язва левой стопы . В 12.2017 рожистое воспаление правой голени. С 12.2017 имеется трофическая язва правой пяточной области. Трепетание предсердий более 10 лет. Повышение АД около 30 лет, принимает амлодипин 10 мг веч, магникор 75 мг 1т веч, карведиол 25 мг 1т 2р/д, дигоксин, спиронолоактон, ипамид, вальсакор 160 мг утром. 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 | | |
| 06.07 | 122 | 3,7 | 6,7 | 32 | |  | | 2 | 3 | 58 | 33 | | 4 | | |
| 10.07 |  |  |  | 34 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.07 | 103 | 4,56 | 1,05 | 1,69 | 2,38 | | 1,7 | 8,9 | 97 | 13,9 | 3,0 | 1,7 | | 0,28 | 0,2 |

06.07.18 ТТГ – 2,17 (0,3-4,0) Мме/мл

11.07.18 Анализ крови на RW- отр

06.07.18 К – 5,0 ; Nа –139 Са++ 1,23- С1 -99 ммоль/л

17.07.18 К – 5,29 Na – 141,5 Сф – 1,25 С1 – 99,6

09.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-88 мкмоль/л; креатинин мочи- 8180 мкмоль/л; КФ-55,8 мл/мин; КР- 98,8 %

### 09.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,449 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

09.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -23500 эритр - 6000 белок – 0,363

19.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – 0,388

09.07.18 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – 0,355

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.07 | 4,8 | 8,7 | 5,4 | 7,9 | 7,7 |
| 08.07 | 4,9 | 5,4 | 6,2 | 6,1 | 3,9 |
| 09.07 |  |  |  | 5,8 | 4,2 |
| 11.07 | 3,5 | 6,2 | 5,4 | 6,0 | 5,6 |
| 12.07 | 3,5 | 6,2 | 5,4 | 6,0 | 5,6 |
| 15.07 | 3,5 | 7,3 | 5,9 | 9,6 | 5,3 |
| 17.07 | 4,6 | 4,4 | 6,9 | 6,3 |  |
| 19.07 | 3,7 | 6,7 |  |  |  |

09.07.18Невропатолог: ДЭП II, сочетанного генеза, церебрастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7).

11.07.18 Окулист: Факосклероз. Артерии сужены ,вены неравномерного калибра, уплотнены, сосуды извиты склерозированы, с-м Салюс II ст. Множественные геморрагии, твердые экссудаты. В макуле переливчатость. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ДМО?, СНМ? ОИ. Рек: ФАГ и ОСТ макулы ОИ.

05.07.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

19.07.18 ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия ЛЖ.

12.07.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл фибрилляция предсердий, постоянная форма. Легочная гипертензия 2 ст. СН II А. ф .кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 50 мг 1р/д, трифас 30 мг утром 3-4 дня затем 20 мг ежедневно, карведилол 12,5 мг, эплепрес 50 мг /сут, продлакса 150 мг 2р/д или варфарин 2,5 -5 мг ежедневно под контролем МНО. Престариум 5-10 мг. Контроль АД, ЭКГ.

14.07.18 ЭХОКС: Увеличение аорты и всех полостей сердца минимальная митральная регургитация. Трикуспидальная регургитация 2-3 ст. Легочная гипертензия 2 ст. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется, Сократительная способность миокарда в норме .

11.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Вторичный лимфостаз н/к хроническая лимфоидная недостаточность в стадии субкомпенсации Ре: эластичное бытование, лиотон гель

11.07.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: . Диаб. ангиопатия артерий н/к. эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. ЗББА с обеих сторон отлоцировать технически не предоставляется возможным, из-за избыточного веса.

11.07.18 УЗИ вен: Пациентка повышенного питания. В доступных для визуализации местах обнаружено выраженный лимфостаз обеих голеней. Эхопризнаки воспалительных изменений обеих коленных суставов (выражены справа).

05.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,9 см3; лев. д. V =9,1 см3

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

Лечение: диаофрин, Фармасулин НNP, карведилол, дигоксин, асафен, тромбонет, спиронолактон, ипамид, вальсакор, перевязки с дикосизолем, гентаксаном, вазилип, амлодипин диалипон, солкосерил, L-лизин эсцинат, нормовен, лимфамиазот, ципрофлоксацин, флуконазол ,каптопрес, трифас, , амоксил К,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшены дозы инсулина, клинически гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к, отеки голеней ,стоп и передней брюшной стенки. АД 140/80 мм рт. ст. Трофическая язва без признаков воспаления, сохраняется скудное 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-28-30 ед., п/уж -12-14 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии , калия, креатинина 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.
4. Гипотензивная терапия: вальсакор 160 мг утром, карведилол 12,5-25 тромбонет 75 мг, амлодипин 10 мг утром, спиронолактон 25 мг утром, трифас 20 мг утром. Контр. АД, ЧСС. ЭКГ.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: неогабин 75 мг с увелчиенеим озы до 150 мг 2р/д длительно, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 1 мес, параплексин 1,5% 1,0 в/м № 10
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. аннализ крови на АТТПО
8. Продолжить перевязки трофической язвы контроль ОАК в динамике
9. Канефрон 2т 3р/д 1 мес, контроль анализов мочи.
10. Учитывая трудоспособный возраст, наличие множественной патологии, приводящей к нарушению двигательной активности направить на ВКК по м/ж для усиления группы инвалидности.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.