#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 932

##### Ф.И.О: Диденко Зинаида Ильинична

Год рождения: 1951

Место жительства: Запорожский р-н, с. Беленькое ул. Коммунарская 75а

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 10.07.18 по  20.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II, диабетическая нефропатия IV. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артфиакия OS. Незрелая катаракта ОД. Облитерирующий атеросклероз, Стеноз бедренно-подколенного сегмента слева, окклюзия артерий голени слева, хроническая ишемия левой н/к IVст. Диффузный эутиреоидный зоб 1. Ожирение I ст. (ИМТ 33,9кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП II ст сочетанного генеза, церебрастенический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли , судороги, онемение левой н/к, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, боли в прекардиальной области, купирует приемом нитроглицерина, трофические язвы левой н/к. гипогликемические состояния 2-3 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Комы отрицает. С начала заболевания диетотерапия, затем в течение года принимала ССТ. В 1994 назначена инсулинотерапия, в связи с декомпенсацией СД. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 14ед., п/о- 10ед., п/у-14 ед., Протафан НМ п/з 12 ед, 21.00 – 14 ед. Гликемия –2,6-20 ммоль/л. НвАIс -10,1% от 04.07.18 . Повышение АД в течение 18 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин , дозировку указать не может. 08.2013 ампутация пр н/к в с/3 бедра по поводу гангрены пр н/к. 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 | | |
| 11.07 | 133 | 4,0 | 6,1 | 38 | |  | | 1 | 1 | 57 | 38 | | 3 | | |
| 16.07 | 129 | 4,1 | 6,8 | 35 | | 253 | | 1 | 1 | 56 | 36 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.07 |  | 5,4 | 1,87 | 1,16 | 3,38 | | 3,6 | 6,9 | 89 | 9,2 | 2,3 | 1,45 | | 0,18 | 0,2 |

12.07.18ТТГ –2,73 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –16,8 (0-30) МЕ/мл

11.07.18 К –4,35 ; Nа –136 Са++ -1,17 С1 - 104 ммоль/л

15.07.18 К – 3,97 Na – 135,7

17.07.18 К – 4,6 Na -141

11.07.18 АЧТЧ – 30,3 МНО 0,91, ПТИ 109,7 фибр – 3,6

12.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-77 мкмоль/л; креатинин мочи- 5280 мкмоль/л; КФ70,5 мл/мин; КР- 98,5%

### 11.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – в п/зр белок – 0,061 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

12.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -143750 эритр -250 белок –0,029 отр

14.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -41500 эритр 250-белок –отр

17.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -белок –отр

12.07.18 Суточная глюкозурия –1 ,0 %; Суточная протеинурия – 0,042

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 21.00 |
| 10.07 |  |  | 3,2 | 8,8 | 6,9 |
| 11.07 2.00-32 | 6,3 | 2,6 | 10,2 | 15,6 | 13,2 |
| 12.07 | 3,6 | 10,9 | 11,5 | 11,2 |  |
| 13.07 | 10,9 | 9,1 | 11,5 | 10,4 | 6,0 |
| 14.07 | 4,8 | 9,8 | 12,0 | 8,3 |  |
| 15.07 | 7,3 | 9,6 | 13,6 | 13,4 | 6,9 |
| 16.07 | 4,1 | 6,4 | 8,5 | 4,4 | 5,6 |
| 18.07 | 5,4 | 8,1 | 11,8 | 13,3 |  |
| 19.07 | 11,0 | 10,3 | 13,8 | 8,3 |  |
| 20.07 | 8,3 |  |  |  |  |

11.07.18 Невропатолог: ДЭП II ст сочетанного генеза, церебрастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

11.07.18 Окулист: ОД в хрусталике негомогенные помутнения. OS – артифакия. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы слегка завуалированы, неравномерного сужены извиты, неравномерного калибра, с-м Салюс II – Шст, по всему заднему полюсу множественные мелкие экссудаты, мелкие геморрагии, макула плохо просматривается. Следы от ЛК. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артфиакия OS. Незрелая катаракта ОД.

10.07.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

17.07.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

11.07.18 НА р- гр оГК легкие без инфильтрации корни уплотнены, синусы свободны. Синус справа свободен. Слева завуалирован. Органы средостения увеличен левый желудочек.

12.07.18 На р-гр левой стопы определяется культя Ш п на уровне плюсневой кости без признаков деструкции, остеоартроз.

10.07.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

18.07.18Ангиохирург: Облитерирующий атеросклероз, Стеноз бедренно-подколенного сегмента слева, окклюзия артерий голени слева, хроническая ишемия левой н/к IVст.

10.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V =5,1 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: Актрапид НМ, Протафан НМ, предуктал MR, новопасит, этсет, лоспирин, диклофенак. Трифас, эналаприл, бисорполол, эплепрес, цефртриаксон, берлитион, актовегин, нуклео ЦМФ, лоперамид, активированный уголь, лефлокс, мефармил, аспаркам, тивортин

Состояние больного при выписке: Уменьшилась сухость во рту, жажда, гипогликемических состояний не отмечается на фоне проведенной коррекции инсулинотерапии, от добавления к лечению препаратов метформинового ряда категорически отказалась. Периодически отмечается повышение гликемии в связи с погрешностью в диетотерапии. АД 140/80мм рт. ст. пульс 60

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, окулиста, ангиохирурга, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з8-10 ед., п/уж 10 ед., Протафан НМ п/з 18-20 ед., п/у 14-16 ед Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина эндокринологом по м/ж при необходимости, соблюдение режима диетотерапии.
5. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
6. Конс хирурга отд. диаб стопы 3-й ГБ.
7. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек ангиохирурга: Дообследование ФГДЭС, ЭХОКС, плетол 100 мг 1р/д, перевязки с офлокаином, ливастор 20 мг 1т 1р/д. Контроль липидограммы.
10. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, эплепрес 50 мг 1р/д, трифас 5 мг 1р/д, эналаприл 10 мг 2р\д, бисопролол 1,25 мг 1р/д. контроль АД, ЭКГ.
11. 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.
12. Рек. невропатолога: неогабин 75 мг веч, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес.
13. Канефрон 2т 3р/д 1 мес
14. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.