#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 785

##### Ф.И.О: Паньковская Светлана Николаевна

Год рождения: 1958

Место жительства: г. Запорожье ул. 40 л. Победы 15-92

Место работы: н/р

Находился на лечении с 06.06.18. по 15.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш cт. С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма. СПО (ампутация левой стопы по Шопару), трофическая язва культи левой стопы II ст по Вагнеру, длительно незаживающая, в стадии регенерации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7). ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия . Диабетический маклярный отек ОИ. Зрелая бурая катаракта ОД. Артифакия OS Ожирение I ст. (ИМТ 33,7кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение течение. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м, вестибуло-атактический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, ухудшение зрения на OS в течение последних 2 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, наличие длительно не заживающей трофической язвы на культе левой стопы, прибавка массы тела на 3 кг за 6 мес, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., шаткость при ходьбе, головокружение, давящие боли за грудиной при физ нагрузке, отеки н/к, тяжесть в правом подреберье, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. С 2010 в связи с декомпенсацией СД, трофическими нарушениями н/к переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-6-8 ед., п/у-6-8 ед. Фармасулин НNP п/з 34-35, п/у 14 ед. диаформин SR 1000 2р/д Гликемия –11,0 ммоль/л. Глик гемоглобин – 11,6% от 02.10.17 Последнее стац. лечение в 11.2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, а так же в связи с подготовкой к плановому оперативному лечению в глазном отделении по поводу катаракты, лечение хронических осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 40 лет. Из гипотензивных принимает клосарт 100 мг утром, индапрес 2,5 мг утром , карведилол 25мг седофитон 1т 2р/д периодически принимает панкреатин.. Артифакия OS в 11.2017. Трофическая язва, ампутация левой стопы в 2010. Не переносит вазонит ( крапивница)

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 07.06 | 136 | 4,1 | 5,5 | 61 | |  | | 3 | 1 | 72 | 22 | | 2 | | |
| 15.06 |  |  |  | 41 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 07.06 | 57 | 4,52 | 1,56 | 1,51 | 2,29 | | 2,0 | 8,3 | 94 | 10,2 | 2,4 | 3,4 | | 0,22 | 0,23 |

07.06.18 Амилаза – 14,5

08.06.18 Амилаза – 43,4 диастаза 89,6

12.06.18 глик гемоглобин – 11,1%

12.05.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

13.06.18ТТГ – 3,5(0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –24,0 (0-30) МЕ/мл

07.06.18 Гемогл – 136 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок –66 г/л; К – ; Nа – ммоль/л

07.06.18 К –4,19 ; Nа –140 Са++ -1,23 С1 -100,7 ммоль/л

12.06.18 К –4,39 ; Nа –144 ммоль/л

12.06.18Группа крови В(Ш) α Rh (+) положительная

7.06.18 АЧТЧ – 33,5 МНО – 1,1 ПТИ 92,4 фибр – 4,6

09.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-107 мкмоль/л; креатинин мочи- 8800 мкмоль/л; КФ- 80,7мл/мин; КР- 98%

### 07.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

08.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 250 белок – отр

09.05.18 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – 0,049 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 20.00 |
| 06.06 |  | 7,1 | 9,3 | 9,8 |
| 07.06 | 7,9 | 5,2 | 7,7 | 9,9 |
| 08.06 | 6,1 | 6,9 | 6,1 | 5,9 |
| 09.06 | 5,0 | 6,4 | 9,4 | 7,5 |
| 10.06 | 8,1 | 8,6 | 9,5 | 7,5 |
| 11.06 | 5,0 | 5,5 | 8,0 | 5,8 |
| 12.06 | 4,6 | 6,6 | 7,1 | 7,0 |
| 13.06 | 4,4 | 6,4 | 8,3 | 7,1 |
| 14.06 | 5,1 | 6,0 | 6,6 | 6,2 |
| 15.06 | 4,7 |  |  |  |

11.2017 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м, вестибуло-атактический с-м.

16.06.18 Окулист: Пролиферативная диабетическая ретинопатия . ДМО ОИ. Зрелая бурая катаракта ОД. Артифакия OS Рек: ФЭК + ОИЛ на ОД. ОСТ макулы + ангиография ОИ. После исследования решение вопроса об анти VEGF. – терапии.

06.06.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

07.06.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. . Риск 4.

Рек. кардиолога: лозап 50-100 мг 1р/д, предуктал MR 1т2 р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д трифас 5 мг, эналаприл 25 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

12.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. Перевязки с берберексом

13.06.18 На р-гр левой стопы в 2х проекциях культи стопы на уровне основания плюсневых костей. Деструктивных изменений не выявлено .

08.06.18 Хирург: с-м диабетической стопы, смешанная форма СПО ( 2010) ампутация левой стопы по Шопару). Длительно не заживающая трофическая язва культи левой стопы II ст по Вагнеру в стадии регенерации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Рек: перевязки с гранугелем , лацерта местно в зону троф. язвы в плановом порядке.

08.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

11.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =12,1 см3; лев. д. V = 9,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, диаформин 1000, нуклео ЦМФ форте 2,0 в/м № 9, актовегин 10,0 в/в № 7, актовегин 200 мг, аспаркам, диалипон 600 в/в № 7, диалипон 300, магникор 75 мг, крведиол 12,5 мг, клосарт 100 мг, индапрес 2,5 мг, панкреатин, седафитон, цианокобаламин, диклофенак, вазилип 20 мг, предуктал MR 1т 2р/д ,укрлив 250 ,омепразол 40 мг, плетол 100 мг ,массаж ШВЗ.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, 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: Фармасулин Н п/з-6-8 ед., п/уж -6-8 ед., Фармасулин НNP п/з 35-37 ед, п/у 14-16 ед
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: клосарт 100 мг 1т утром, инадпрес 2,5 мг 1т утром, карведилол 25 мг 1т утром, магникор 75 мг 1т веч. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2-3р/д 1 мес плетол 100 мг 1т 1р/д длительно
9. Укрлив 250 2т на ночь 3-4 мес .
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р в в год. Йодомарин 200 мг 1т 1р/д.. Диета богатая йодом
11. Соблюдение рекомендаций окулиста. см. выше.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.