#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 586

##### Ф.И.О: Школяренко Людмила Николаевна

Год рождения: 1955

Место жительства: Запорожский р-н, с. Солнечное ул. Лазурная 20

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 24.04.18 по 05.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ш ст., С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма, СПО ( 04.2018): ампутация дистальной фаланги II п левой стопы). Послеоперационная рана в стадии грануляции. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта. Ожирение I ст. (ИМТ 32,3кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст СН 0-1. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на боли в области послеоперационной раны, отёчность левой н/к, снижение чувствительности в обеих стопах, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за 1,5 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г тогда резко теряла в весе ( 10 кг) появлялась сухость во рту, жажда. При обращении за медпомощью выявлена гипергликемия 8,0 ммоль/л С начала заболевания принимает ССП. ( Диабетон MR 60, метформин 1000 1т 2р/д, затем по 1000 мг 3р/д.). В 08.2017 флегмона пр. стопы с 02.04.18 по 19.04.18 стац лечение в х/о Запорожской ЦРБ - инфицированная язва II п. левой стопы – была произведена ампутация II п. левой стопы. Во время оперативного лечения принимала Диабетон MR 60 1т утром, метформин 1000 2р/д + Фармасулин НNP 12 ед в 22.00. В течение последних 2х дней вводит 12 ед Фармасулин НNP . НвАIс – 9,4 % от 02.2018. Повышение АД в течение 2 лет. гипотензивную терапию не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 27.04 | 135 | 4,1 | 7,1 | 31 | | 310 | | 1 | 1 | 74 | 19 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.04 | 93,0 | 5,36 | 1,78 | 1,75 | 2,79 | | 2,1 | 3,4 | 69 | 10,8 | 2,7 | 2,2 | | 0,21 | 0,22 |

24.04.18 Глик. гемоглобин -8,2 %

24.04.18 К – 4,62 ; Nа –144,5 Са++ -1,17 С1 -99 ммоль/л

### 25.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

26.04.18 Суточная глюкозурия – 0,33%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.04.18 Микроальбуминурия –67,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.04 | 9,0 | 6,6 | 6,2 | 7,2 |  |
| 25.04 | 7,5 | 10,7 |  |  |  |
| 27.04 | 8,4 | 11,9 | 10,1 | 11,1 |  |
| 29.04 | 7,1 | 7,4 |  |  |  |
| 02.05 | 10,0 | 10,6 | 8,6 | 8,0 |  |
| 03.05 |  |  | 9,6 | 6,7 | 6,9 |
| 04.05 | 7,9 | 10,0 |  |  |  |

26.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Рек: актовегин 10,0 в/в, неогабин 75 мг, нейрокабал 1т 2р/д 1 мес.

27.04.18 Окулист: Негомогенное Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: под флером, сосуды сужены извиты, склерозированы, микроаневризмы, геморрагии, тв экссудаты, Д-з: Осложнённая катаракта. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек: оперативное лечение, ФЭК + ИОЛ на ОИ .

24.04.18 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости..

03.05.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости (АВ блокада?)

02.05.18 На р-гр левой стопы в 2х проекциях, культя II п. на уровне с/3 основной фаланги. Признаки перестройки костной структуры и субхондральный склероз в 1 плюснефаланговом суставе.

28.04.18. ФГ ОГК№ 111970 Легкие сердце в норме.

04.05.18 ИБС, кардиосклероз постинфарктный? СН 0-1. САГ 2 ст Рек: арифон ретард 1т 1р/д, предуктал MR, аспирин кардио 100 мг 1р/д, карведилол 6,25 1р/д

02.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

03.05.18 Ангиохирург (доц. Савон И.Л. ) СДС ,смешанная форма, состояние после ампутации II п. левой стопы, гранулирующая рана. Рек: амоксиклав 1000 1т 2р/д , местно солевые ванны, хлоргексидин или цитиал, диоксизоль. Повторный осмотр через месяц

24.04.18 Хирург С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма, СПО ( 04.2018 ампутация дистальной фаланги II п левой стопы). Послеоперационная рана в стадии очищения, регенерации. Трофическая язва пр стопы по Вагнеру в ст. регенерации, эпрителизации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.05.18 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

04.18РВГ: 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.

Лечение: Фармасулин НNP, мефармил, атоксил, карведилол метформин, магникор, индапрес, флуконазол, тиогамма,

Состояние больного при выписке: На фоне проводимой терапии гликемия в пределах субкомпенсированых значений добиться целевого уровня гликемии натощак не удается из-за явлений ОРВИ, отмечается положительная динамика в локальном статусе: п/о рана гранулирует сохраняется умеренный отек мягких тканей, скудное серозное отделяемое. Сохраняется заложенность носа, умеренная общая слабость. Пациентка осмотрена кардиологом, по данным ЭКГ нельзя исключить постинфартный кардиосклероз, нуждается в дообследовании ЭХОКС.

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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/уж -20-22 ед.

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

после заживления п/о раны рассмотреть вопрос о подборе ССП

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: инадпрес 2,5мг утром, карведилол 6,25 мг утром. магникор 75 мг 1т веч Контроль АД ЧСС, ЭКГ. ЭХОКС. Конс. кардиолога в плановом порядке
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., плестазол 100 мг 1т 1р/д длительно
5. Соблюдение рек. невролога (см. выше)
6. Продолжить амоксил-К 1000 1т 2р/д до 10 дней. Контроль ОАК через 10 дней.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.