#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 582

##### Ф.И.О: Волошинович Галина Михайловна

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Запорожье ул. Гаврилова 1-30

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 23.04.18 по 07.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 7), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Шст. С-м диабетической стопы II ст смешанная форма. СПО (2012) ампутация 1п левой стопы. Трофическая язва Ш –IV п левой стопы, 1 ст по Вагнеру в ст. эпителизации . Диабетическая остеоартропия н/к Ш ст. Деструкция трапециевидной ,кубовидной костей пр. стопы, лимфостаз н/к. ХБП II- ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 36,3кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит без увеличениния щит железы. 0-1. Мелкий узел правой доли. Эутиреоз. ДЭП II, смешанного генеза, вестибуло атактический с-м церебрастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, увеличение объема пр. стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 1997 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Эпайдра п/з-16 ед., п/о-16 ед., п/у-16 ед., Лантус 22.00 – 64 ед. отмечает непереносимость препаратов метформина (тошнота, жидкий стул) 2012 г ампутация 1п . левой стопы. Гликемия –8,0-12,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ с 2017 ТТГ – 1,3 ( 0,3 4,0) АТТПО – 205,6 ( 0-30) от 08.09.17 Госпитализирован 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 | | |
| 24.04 | 150 | 4,6 | 7,9 | 27 | | 224 | | 2 | 1 | 69 | 25 | | 3 | | |
| 02.05 | 148 | 4,4 | 6,6 | 38 | |  | | 3 | 1 | 70 | 24 | | 2 | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.04 | 82,3 | 5,0 | 4,35 | 1,26 | 1,74 | | 3,0 | 5,9 | 81 | 12,4 | 3,1 | 4,7 | | 0,43 | 0,46 |

24.04.18 Глик. гемоглобин -8,2 %

27.04.18; ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

24.04.04.18 К –4,08 ; Nа – 138,5 Са++ - 1,08С1 -98 ммоль/л

### 24.04.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –14-15 в п/зр белок – 0,061 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

25.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр -1000 белок – 0,030

26.04.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 27.04.18 Микроальбуминурия –30,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.04 | 10,2 | 108 | 9,4 | 10,1 |  |
| 27.04 | 6,8 | 11,6 | 7,2 | 7,8 |  |
| 28.04 |  | 12,7 |  |  |  |
| 03.05 | 6,4 | 7,6 | 7,1 | 8,1 |  |
|  |  |  |  |  |  |

25.04.18Невропатолог: ДЭП II, смешанного генеза, вестибуло атактический с-м церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4),

24.04.18 Окулист: ОИ – артифакия. Гл. дно: сосуды сужены извиты, склерозированы ,вены неравномерного калибра, полнокровны, с-м Салюс II –Ш ст, микроаневризмы, друзы. Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ.

25.04.18 ЭКГ: ЧСС 70- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Единичная желудочковая экстрасистола..

23.4.18 НА Р-гр правой стопы в 2х проекциях перестройка костной структуры основания плюсневых костей и 1 ряда предплюсневых костей. Деструкция трапециевидной и края кубовидной кости

03.05.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

25.04.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ш ст

27.04.18 Хирург: С-м диабетической стопы II ст смешанная форма. СПО (2012) ампутация 1п левой стопы. Трофическая язва Ш –IV п левой стопы, 1 ст по Вагнеру в ст. эпителизации . Диабетическая остеоартропатия н/к Ш ст. Деструкция трапециевидной ,кубовидной костей пр. стопы, лимфостаз н/к .

25.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

26.04.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, функционального раздражения кишечника. .

12.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V = 3,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр доле коллоидная киста 0,7\*0,47 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли.

Лечение: азитромицин, Эпайдра, Лантус, диалипон, тивортин, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ, глюконат кальция, ко-пренесса, бисопролол ,азомекс

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст.

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 <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-18-20 ед., п/о-16-18 ед., п/уж -16-18 ед., Лантус 22.00 64-66 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: клопидогрель 75 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, лозап 100 мг 1р/д, арифон ретард 1т /д, небивалол 5 мг ,амлодипин 10 мг, при болях в сердце изокет спрей.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,, витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес
10. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р/д, прегабалин 75 мг 2р/д 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек хирурга: ограничение физ нагрузки, решение вопроса об иммобилизации. Конс хирурга отд диаб стопы 3й ГБ в плановом порядке, перевязка, обработка хлоргексидином, солкосериловый гель.
13. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.