#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1257

##### Ф.И.О: Солоцьких Татьяна Григорьевна

Год рождения: 1958

Место жительства: Приазовский р-н, строганов ул. Балановского 46

Прописан г. Донецк . ул Магистральная 24

Место работы: н/р

Находился на лечении с 26.09.18 по  02.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Хроническая ишемия II В ст СДС II ст смешанная форма СПО (06.06.18) ампутация Ш пальца левой стопы. П/о рана в стадии регенерации. Облитерирующий атеросклероз н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Послеопераицонный гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Рецидив узлового зоба. Узел правой доли.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, снижение веса на 5 кг за год,

ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. в 07.2018 в х/о 3 ГБ г. Запорожье произведена ампутация 3 п левой стопы по поводы остеомиелита в связи с чем переведена на инсулинотерапию. В последующем проходила лечение в х/о г. Донец по месту проживания. В наст. время принимает: биосулин Р п/з 10 ед, п/о 8 ед, п/у 8 ед. Биосулин Н п/з 16 ед, п/у 14 ед.

Гликемия –6,8-12,9 ммоль/л. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает каптопрес нерегулярно В 2000 произведено удаление левой доли щит железы по оводу узлового зоба, принимает эутирокс 25 мкг утром. ТТГ в 2017 – 2,51 ( 0,4-4,0). 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 | | |
| 27.09 | 141 | 4,2 | 5,5 | 20 | |  | | 1 | 1 | 60 | 36 | | 2 | | |
| 01.10 | 126 | 3,8 | 3,6 | 25 | |  | | 1 | 1 | 53 | 41 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.09 |  | 4,2 | 1,42 | 0,93 | 2,6 | | 3,5 | 3,8 | 62 | 13,1 | 3,4 | 3,4 | | 0,16 | 0,18 |

27.09.18 Глик. гемоглобин -11,4 %

27.09.18 К – 4,19 ; Nа –139 Са++ - 1,13С1 -99,7 ммоль/л

28.09.18 К – 4,56 Na – 141

02.10.18 К – 4,02 Na - 146

28.09.18 Проба Реберга: креатинин крови- 76мкмоль/л; креатинин мочи- 5830 мкмоль/л; КФ-100 мл/мин; КР- 98,6 %

### 27.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 7-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

28.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

28.09.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 |
| 26.09 |  |  | 4,8 | 4,5 |
| 27.09 | 7,8 | 5,0 | 3,8 | 7,0 |
| 29.09 | 6,2 | 5,3 | 6,1 | 6,9 |
| 30.09 | 5,9 | 5,6 | 8,3 | 5,3 |
| 01.10 | 6,0 | 5,0 | 5,6 | 4,0 |

29.09.18 Окулист:.Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: А:V 1:2 сосуды сужены, извиты склерозированы ,вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст, единичные точечные геморрагии, микроаневризмы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.09.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

26.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.08.18 Хирург: СДС II ст смешанная форма СПО (06.06.18) ампутация Ш пальца левой стопы. П/о рана в стадии регенерации. Облитерирующий атеросклероз. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Хроническая ишемия II В ст

26.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,1 см3; лев. д. V = фиброз

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. и гидрофильный очаги до 0,45 см. В пр доле в /3 гидрофильный узел 0,8\*0,6 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя левой доли диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли

Лечение: эутирокс, лесфаль, витаксон, пентоксифилин, клопидогрель, лоспирин, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, витаксон, клопидогрель, диклофенак, каптоприл фенигидин, валераина, нитросорбин, аспаркам, вазилип,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, подобрана адекватная схема инсулинотерапии, Общее состояние улучшилось, послеоперационная рана без признаков воспаления, регенерирует. Пациентка настаивает на выписке из отделения посемейным обстоятельствам от предложенного свидетельства на МСЭК для определения степени утраты трудоспособности в настоящий момент отказывается., имеется подпись в истории болезни. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин

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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-10-12 ед., п/о-8-10 ед., п/уж 6-8 ед., Хумодар Б100Р 22.00 12-14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д,. Контр. АД.
9. Конс невропатолога, кардиолога по м/ж.
10. L-тироксин 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контр ТТГ 1р в 6 мес. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек хирурга: продолжить перевязки с бетадином, повязка с солкосериловым гелем, наблюдение хирурга по м/ж..

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.