#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1322

##### Ф.И.О: Шмыга Надежда Юрьевна

Год рождения: 1964

Место жительства: Токмакский р-н, ул. Мостовая, 13, кв. 1

Место работы: инв. II гр.

Находился на лечении с 09.10.18 по  30.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. С-м диабетич. стопы III ст, смешанная форма. Диабетическая остеоартропатия н/к IVcт. Стопа Шарко. Длительно незаживающая троф. язва левой стопы II ст. по Wagner в стадии регенерации. Состояние после операции (12.07.18): вскрытие флегмоны стопы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб II . Узел левой доли . Эутиреоидное состояние. 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 умеренную сухость во рту, жажду, мочеизнурение, онемение и снижение чувствительности ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, отеки голеней, стоп, деформация левой стопы, сукровичное отделяемое из послеоперационной раны .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001 г. при обращении к врачу в связи с диабетическими жалобами после психоэмоционального напряжения. Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. Длительно принимала ССП. С 2010 г. в связи со стойкой декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию: Хумодар К 25 100Р. С 2014 - Фармасулин Н, Фармасулин НNР в сочетании с метформином. В наст. время принимает: утром Фармасулин Н - 16 ед., Фармасулин НNР – 54 ед. + диаформин 1000 мг; вечером Фармасулин Н – 12-14 ед., Фармасулин НNР – 44 ед. + диаформин 500 мг. Гликемия – 12,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017 г. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает тенорик 1 т. в сутки. Узловой зоб с 2010 г. ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 20 (0-30) МЕ/мл; АТ ТГ 17- (0-100) МЕ/мл. с 03.2016 диабетическая артропатия левой стопы, патологический переломо-вывих плюсневой кости. В 07.2018 вскрытие флегмоны левой стопы в х/о Токмакской ЦРБ. 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 | | |
| 10.10 | 135 | 4,1 | 6,3 | 43 | |  | | 1 | 1 | 58 | 38 | | 2 | | |
| 23.10 | 136 | 4,96 | 7,2 | 27 | |  | | 1 | 1 | 52 | 43 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 10.10 | 117 | 4,57 | 1,69 | 1,24 | 2,55 | | 2,7 | 4,8 | 70 | 10,7 | 2,2 | 4,5 | | 0,28 | 0,31 |

10.10.18 Глик. гемоглобин – 10,3%

18.10.18 Анализ крови на RW- отр

10.10.18 К – 3,88; Nа – 140; Са++ - 1,15; С1 – 104 ммоль/л

### 10.10.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м; лейк – 1-2 в п/зр; белок – 0,046; ацетон –отр; эпит. пл. – умер.к-во; слизь – много, соли – мочевая к-та, много; бактерии+ много.

12.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500; белок – 0,033 г/л

11.10.18 Суточная глюкозурия – 2,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.10.18 Микроальбуминурия – 60,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.10 | 12,4 | 12,6 | 14,1 | 15,6 | 14,4 |
| 12.10 2.00-9,3 | 6,6 | 12,1 | 13,7 | 13,2 | 10,2 |
| 14.10 | 8,1 | 12,4 | 10,5 | 9,9 | 11,1 |
| 15.10 | 10,1 |  |  |  |  |
| 18.10 | 10,4 |  |  |  |  |
| 22.10 | 8,2 |  |  |  |  |
| 23.10 | 10,5 | 12,2 | 14,2 | 9,6 |  |
| 24.10 |  | 11,6 | 8,5 |  |  |
| 25.10 | 9,6 | 9,7 | 8,7 | 11,4 |  |
| 28.10 2.00-3,8 | 6,0 | 9,5 | 7,1 | 13,6 | 9,5 |
| 29.10 |  |  |  | 13,3 |  |

2017. Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

17.10.18 Окулист: Гл. дно: Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I. Единичные точечные микроаневризмы, геморрагии.

Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.10.18 ЭКГ: ЧСС - 97уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

18.10.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Рек: эналаприл 10 мг 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д бисопролол 100 мг, трифас 5 мг, контроль АД, ЧСС. Дообслежование ЭХОКС, NT pro BNP.

13.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.10.18 ЛОР: рек р-гр ОНП.

09.10.18 Хирург: Диабетическая остеоартропатия н/к IVcт. Стопа Шарко. Длительно незаживающая троф. язва левой стопы II ст. по Wagner в стадии регенерации. Состояние после операции (12.07.18): вскрытие флегмоны стопы.

11.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий правой н/к несколько повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов левой н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов нарушена.

09.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,4 см3; лев. д. V = 8,8 см3

Перешеек – 0,53 см. По сравнению с УЗИ от 09.17 г.размеры железы несколько меньше, контуры неровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. В лев. доле в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком – 0,7х0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: айлар, Фармасулин Н, лозап, Фармасулин НNP, мефармил, олфен, L-лизин эсцинат, фуросемид, тенорма, асафен, вазилип, весел дуэф, мильгамма, армадин, цереболизин, перевязки.

Состояние больного при выписке: компенсировать пациентку на 2х кратном введении Фармасулин НNP, Фармасулин Н, не удавалось в связи с отсутствием стойкой компенсации, инсулинорезистентностью, прогрессированием сосудистых осложнений, комиссионно переведена на Айлар. Нормализовались показатели гликемии, уменьшилась суточная доза инсулина , периодически сохраняется постпрандиальная гипергликемия , уменьшились боли в н/к., онемение пальцев стоп. Состояние послеоперационной раны с положительной динамикой. Кол-во отделяемого существенно снизилось АД 140/80 мм рт. ст. Уменьшились шаткость при ходьбе, головокружение, Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Айлар п/з- 60-62 ед., Фармасулин Н п/з 24-26 ед, п/у 18-22 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: лозап 100 мг/сут, бисопролол 5 мг, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. весед Дуэф 1т 2р/д 2 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Продолжить перевязки по м/ж

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.