#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 174

##### Ф.И.О: Семенова Лариса Николаевна

Год рождения: 1962

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. Нова 7-5

Место работы: н/р

Находилась на лечении с 02.02.18 по 15.02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия Ш ст. СДС смешанная форма., трофические язвы Ш – IV п. левой стопы. 1 ст по Вагнеру. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 33,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф .кл, диффузный кардиосклероз. Полная блокада ЛНПГ СН II А ф .кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. ДЭП 1 ст. смешанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) , цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду выраженные боли в н/к, судороги, онемение, снижение чувствительности в н/к, увеличение веса на 4-5 кг за год, ухудшение зрения, повышенный аппетит, повышение АД макс. до 180/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, периодически отеки н/к к вечеру, учащенное сердцебиение, одышка при физической нагрузке.

Краткий анамнез: НА учете с 2013, однако считает себя больной с 2009. Выявлен во время стац лечения в травмат. отд в .г Энергодар, получала инсулинотерапию, однако в последующем до 2013 сахар крови не контролировала, лечение не получала. В 2013 была госпитализиорована в ОИТ ЗОЭД в кетоацидотическом состоянии с того времени инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з16- ед., п/у- 16ед., Инсуман Базал п/з 38 ед, па/у 38 ед. Гликемия –7,0-11,0 ммоль/л. НвАIс - 8,96% от 06.08.17. Последнее стац. лечение в 2017г. В 2015 получала лечение в хирургическом отд Васильевской ЦРБ по поводу длительно незаживающей троф. язвы 1 п. обеих стоп.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг, магникор 75 мг веч. ТТГ – 2,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 21,8 (0-30) МЕ/мл от 2013. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД. В 2013 оскольчатый перелом правого плеча.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.02 | 132 | 4,4 | 5,7 | 25 | 1 | 1 | 62 | 34 | 2 |
| 13.02 |  |  |  | 28 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.02 | 108 | 6,76 | 1,84 | 1,36 | 4,55 | 4,0 | 4,5 | 63 | 21,1 | 4,3 | 3,2 | 0,1 | 0,33 |

05.02.18 Глик. гемоглобин – 10,2%

09.02.18 ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл

05.02.18 К – 4,36 ; Nа – 138 Са++ -1,22 С1 -105 ммоль/л

03.02.18 Тропонин 1 <0.02 ( <0.06) нг/ мл

05.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-63 мкмоль/л; креатинин мочи- 10340 мкмоль/л; КФ-232 мл/мин; КР- 99 %

### 06.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

05.02.18 Суточная глюкозурия – 1,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.02.18 Микроальбуминурия –67,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.02 |  | 3,7 | 12,4 | 14,6 |
| 03.02 | 6,3 |  |  |  |
| 05.02 | 6,1 | 10,3 | 10,4 | 11,5 |
| 08.02 | 5,5 | 7,9 | 9,0 | 8,1 |
| 10.02 | 5,2 | 10,8 | 5,1 | 5,7 |
| 13.02 | 4,2 |  |  |  |
| 14.02 |  | 6,4 |  |  |

08.02.18Невропатолог: ДЭП 1 ст. смешанного генеза, цереброастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Рек : неогабин 75 мг, липоевая кислота 600 мг, нуклео ЦМФ 2,0 в/м, витамины гр В.

02.02.18 Окулист: VIS OD= 0,1-0,2 н/к OS= 0,1 н/к в хрусталике начальные помутнения. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, с-м Салюс II ст., Вены полнокровны, твердые экссудаты. Микроаневризмы, сливные друзы. В макулярной области пастозность Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия. Начальная катаракта, диабетический макулярный отек? ОИ. Повторный осмотр в динамике.

02.02.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада ЛНПГ.

06.02.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево . Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада ЛНПГ.

02.02.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф .кл диффузный кардиосклероз. полная блокада ЛНПГ СН II А ф .кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

06.02.18Кардиолог:. Гипертоническая болезнь Ш стадии степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Рек : эплепрес 25 мг, эналаприл 10 мг 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д, контроль АД , ЧСС , ЭКГ

05.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: этсет 20 мг 1р/д, плетол 100 мг 1т 2р\д.

06.02.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

03.02.18 ЭХОКС: ФВ 52%. Уплотнение аорты ,АК и МК. Расширение восходящего отдела аорты, гипертрофия миокарда. Гипокинезия ЗСЛЖ. Систолическая дисфункция ЛЖ. Минимальная регургитация на МК, диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется.

06.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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.

02.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,2 см3; лев. д. V = 6,2см3

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

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, тиогамма, тивортин, нолипрел, амлодипин, милдрокор, диаформин, магникор, перевязки с перекисью, бетадином, йоддицирином, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевого уровня, переведена на комбинированную терапию, уменьшились боли в н/к, стабилизировались цифры АД в пределах 120-130/80 мм рт. ст., уменьшился аппетит. 07.02.18 пациентка обовью натерла II-V пальцы левой стопы, отмечается наличие трофических язв на Ш, IV пальце левой стопы. На фоне местного лечения отмечается незначительная положительная динамика, сохраняется воспалительные изменния мягких тканей . Раны со скудным серрозным отделяемым

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
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-42-44 ед., п/уж – 36-38ед.,

ССТ диаформин ( сиофор, глюкофаж, метамин) 1000 мг 1т 2р/д

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг (этсет) 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Рек. кардиолога: эналаприл, 10 мг 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Гипотензивная терапия: нолипрел форте 1т утром, амлодипин 10 мг веч. магникор 75 мг веч , эплепрес 25 мг 1т натощак ,предуктал MR 1т 2р/д .
5. Диалипон (тиогамма) 600 мг/сут. 2-3 мес., Нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес, плетол 100 мг 2р/д длительно витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Дупл. сканирование н/к. Конс. ангиохирурга. Продолжить перевязки с перекисью водорода, бетадином, диоксизолем. Явка к хирургу по м/ж 16.02.18
8. Повторный осмотр окулиста.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.