#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1312

##### Ф.И.О: Бредихина Галина Ефимовна

Год рождения: 1941

Место жительства: Приморский р-н, г. Приморск ул. Голика 2-8

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.10.18 по  02.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Артифакия ОД, почти зрелая катаракта OS. Возрастная макулодистрофия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевых путей. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ Ш ст. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза II ст. Расстройство адаптации в виде затянувшегося депрессивно-тревожного с-ма. Вправимая пупочная грыжа больших размеров ЖКБ, хр. калькулезный холецистит вне обострения

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния в различное время суток 4р за год (со слов с вызовом СМП), низкое зрение OS, пекущие боли в подошвенной части стоп, боли в мышцах, онемение пальцев ног, шаткость при ходьбе, снижение памяти.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. с начала заболевания принимала ССП: глибомет. В 2016 в связи со стойкой декомпенсацией переведена на инсулинотерапию: Хумодар Р100Р Хумодар. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-6 ед.,., п/у-4 ед., Хумодар Б100Р п/з 10 ед, п/у 10 ед Гликемия –2,6-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 2 лет. 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 | | |
| 09.10 | 148 | 4,4 | 4,5 | 28 | |  | | 1 | 0 | 68 | 28 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 09.10 | 40,0 | 7,94 | 1,87 | 1,84 | 5,24 | | 3,3 | 6,2 | 105 | 18,7 | 4,6 | 13,5 | | 0,2 | 0,36 |

10.10.18 Глик. гемоглобин – 6,8%

09.10.18 Анализ крови на RW- отр

09.10.18 К –5,1 ; Nа –143 Са++ - 1,14С1 - 100 ммоль/л

### 09.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

11.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 15500 эритр - белок – 0,123

23.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - белок – 0,0266

10.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,201

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.10 |  |  | 7,3 | 8,7 |  |
| 10.10 |  | 6,3 |  |  |  |
| 11.10 | 10,2 | 9,5 | 9,3 | 9,6 |  |
| 14.10 | 13,0 | 14,6 | 8,1 | 13,8 | 15,0 |
| 17.10 | 6,3 | 9,0 | 9,8 | 5,8 |  |
| 21.10 | 9,9 | 11,9 | 14,1 | 11,2 | 9,3 |
| 23.10 | 3,7 | 10,0 | 13,8 | 14,9 | 12,3 |
| 26.10 | 12,3 | 16,3 | 18,2 | 14,7 |  |
| 08.10 | 11,0 | 7,9 | 9,8 | 11,9 |  |
| 30.10 | 11,9 | 11,0 | 4,3 | 8,4 |  |
| 31.10 | 3,7 | 8,3 | 5,3 | 8,5 |  |
| 01.11 | 4,0 | 4,2 |  | 6,3 |  |
| 02.11 | 3,1 | 7,9 |  |  |  |

2016 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза II ст

10.10.18 Окулист: Гл. дно: сосуды узкие извиты, выраженный ангиослкероз. В макуле выраженные дистрофические изменения, ед. микроанервизмы. Д-з: Артфиакия ОД. Почти зрелая катаракта OS. ВМД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия.

02.11.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

18.10.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ Ш ст. рек: индапен 2,5 мг 1т утром, при недосточном эффекте млодпин 5-10 мг/сут. доосбледвоание ЭХОКС, суточный мониторинг ЭКГ

10.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

12.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Вправимая пупочная грыжа больших размеров. ЖКБ, хр. калькулезный холецистит вне обострения.

16.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. справа, Слева снижено Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

12.10.18 психиатр: Расстройство адаптации в виде затянувшегося депрессивно-тревожного с-ма. Рек: эзопран 1т утром после еды до 6 мес

12.10.18 Р-гр пальцев пр. кисти без костно-травматических изменений.

17.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; конкрементов в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, кисты в левой почки нельзя исключить наличие микролитов в правой почке

08.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,1 см3; лев. д. V = 1,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, айлар, олтар, асафен, эналаприл, гидозепам, тиоктацид, ксантинола никотинат, тауфон, агапурин, мебинар, вазилип, флуконазол

Состояние больного при выписке: Компенсировать на 2х кратном введении инсулинов Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р не удалось, сохранялись гипогликемические состояниями, комиссионно переведена на Айлар Гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» 01.11 и 02.11.18 у пациентки отмечено снижение гликемии натощак до 3,1– 3,7 ммоль/л без клинических проявлений. Пациентка утверждает, что недостаточно ела в эти дни. Доза Айлара уменьшена, от дальнейшего пребывания в стационара по семейным обстоятельствам воздерживается, настаивает на выписке домой. О последствиях предупреждена.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, 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- 22-24ед. Хумодар Р100Р п/з 8-10 ед. выдана шприц ручка Vita pen 1 шт. дальнейшую коррекцию гликемии продолжить под наблюдение врача эндокринолога по м/ж. При сохраняющихся гипогликемических состояниях повторная госпитализация для изменения вида инсулина.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 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 утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.