#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 203

##### Ф.И.О: Санькова Галина Дмитриевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Зчиняева 16/79

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.02.18 по 28.02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1 ст, смешанного ґенеза (дисметаболчиеская, сосудистая), церебрастенический с-м. Незрелая катаракта ОИ. Деструкция СТ ОД. Хр. субатрофический фарнгит. Левосторння сенсонервальная смешанная тугоухость 1 ст .

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в различное время суток, участившиеся в течение последнеих 1-2 мес, неоднократно вызывала СМП вводилась 40% глюкоза, узудшенеи памяти , постепенная прибавка в весе в течение года и на 5 кг за последний 1-2 мес., периодчиески сухой кашель в ночное время в течение года.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1979г. . Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (монодар, Фармасулин НNP, Фармасулин Н). Получала Фармасулин Н п/з – 12 ед, п/о-4 ед, п/у 4 ед, Фармасулин НNP 22 00 – 12ед. В течение последнег омесяа в связи с гипогликемическими состояниями уменьшила дозы вводимого инсулина, принимает: Фармасулин Н п/з- 12ед., Фармасулин НNP п/у-12 ед., Гликемия –1,0-6,8 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2014г.В Т/О ВЦРКБ. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 09.02 | 142 | 4,67 | 5,1 | 15 | 0 | 0 | 55 | 42 | 3 |
| 19.02 | 130 | 4,0 | 5,5 | 19 | 1 | 1 | 56 | 38 | 4 |
| 22/02 | 136 | 4.3 | 5.2 | 22 | 1 | 1 | 61 | 32 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 09.02 | 88,9 | 6,41 | 1,14 | 1,74 | 4,15 | 2,7 | 4,6 | 73 | 23,3 | 4,9 | 1,8 | 0,49 | 0,61 |
| 16.02 |  |  |  |  |  |  |  |  | 14,6 | 3,0 | 1,3 | 0,35 | 0,69 |

02.02.18 Глик. гемоглобин -8,1 %

09.02.18 Анализ крови на RW- отр

09.02.18 ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –48,7 (0-30) МЕ/мл

09.02.18 К – 4,62 ; Nа – 136,7 Са++ -1,21 С1 -107 ммоль/л

12.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-87 мкмоль/л; креатинин мочи-9900 мкмоль/л; КФ- 114.0мл/мин; КР98.8 %

### 09.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед ; эпит. перех. - в п/зр

12.02.18 Суточная глюкозурия – 2.57 %; Суточная протеинурия – отр

##### 12.02.18 Микроальбуминурия –74.6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.02 | 8,8 | 5,6 | 12,9 | 16,9 |  |
| 11.02 | 6,6 | 4,1 | 8,8 | 18,6 | 19,7 |
| 12.02 |  |  |  | 15,1 | 15,1 |
| 14.02 | 4,6 | 6,9 | 6,2 | 6,3 |  |
| 15.02 | 5,2 | 8,0 | 9,6 | 12,0 |  |
| 18.02 2.00-8,3 | 5,3 | 8,3 | 8,0 | 5,2 |  |
| 19.02 | 9,3 | 14,5 | 10,4 | 6,6 | 2,4 |
| 20.02 2.00-3,9 | 3,4 | 10,6 |  | 5,7 |  |
| 21.02 | 9,5 | 9,1 | 16,0 |  |  |
| 22.02 | 11,8 | 15,0 |  |  |  |
| 23.02 | 13,7 | 16,4 | 13,5 | 5,2 |  |
| 25.02 | 4,6 | 6,8 | 4,5 | 5,0 | 5,3 |
| 26.02 2.00-4,5 | 7,3 | 7,8 | 7,8 | 4,4 | 4,3 |
| 27.02 2.00-6,2 | 6,1 |  |  | 6,0 | 7,4 |
| 28.02 | 4,1 |  |  |  |  |

16.02.18Невропатолог: ДЭП 1 ст, смешанного ґенеза, церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Рек: нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес , сермион 30 мг 1р/д, 2 мес

16.02.18Окулист: Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ В СТ ОД деструкція по типу золотой дождь. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II , множественные экссудаты, ед. микроанеризмы. Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Деструкция СТ ОД. Рек: оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на ОИ.

08.02.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

08.02.18 ФГ ОГК№ 110178 без патологии

20.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. рек плетол 100 мг1р/д, ливостор 20 мг 1р/д, длительно

23.02.18 ЛОР: хр. субатрофический фарингит. Левосторонняя сенсонервальная смешанная тугоухость 1 ст . Рек: масляные капли в нос 10к 3р/д, тантум –верде 6-8 р/д, 8 дней.

23.02.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

08.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V = 5,6 см3

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

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Айлар, Новорапид , эспа-липон 600 в/в ,армадин 2,0 в/м, эналаприл 10, глюкоза 40%

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемические состояния не отмечаются, кашель ночь практически не беспокоит. АД 120/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Айлар, Новорапид

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-5-6 ед., п/о- 4-5ед., п/уж -2-4 ед., Айлар 22.00 17-18 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: этсет 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром. Контр. АД.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес сермион 30 мг 1т на ночь 2 мес
9. Соблюдение рекомендаций ЛОР врача.
10. УЗИ щит железы, ТТГ 1р/ год.
11. 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 Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.