#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 867

##### Ф.И.О: Кондратенко Оксана Алексеевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Мелитольский р-н, с. Вознесенка ул. Чапаева 42

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 25.06.18 . по  06.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертрофическая кардиомиопатия. Субаортальный стеноз. Митральная регургитация II-Ш ст СН 1 с сохраненной систолической функцией ЛЖ (ФВ 68%). САГ II ст. Бронхиальная астма персистирующее течение, контролируемое средними дозами ИКС +БАДД. ЛН 1. Плечелопатоный периартрит слева. Остеоартроз т/бедренных суставов СФН 1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, быструю утомляемость, выраженные пекущие боли в н/к, усиливающиеся ночью, онемение 1 пальцев обеих стоп, похолодание в стопах, реже отмечает гипогликемические состояния на фоне стойкой гипергликемии, снижение веса на 5-6 кг за 4 мес, ухудшение зрения, снижение АД до 90/60 мм рт ст, головные боли, боли, скованность и ограничение подвижности в левом плечевом суставе, одышка при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение лабильное в анамнезе частые гипогликемические и кетоацидотические состояния. Кома гипогликемическая 07.2017 (со слов). С начала заболевания принимает ССП. (Диабетон MR 120 мг в течение месяца без эффекта). В последующем на инслуинотерпии. Получала Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, Фармасулин НNP, Фармасулин Н 2р/сут, затем в связи с гипогликемическими состояниями была переведена на 4х кратное введение. С 2013 получает Генсулин Н, Генсулин Р 4р/сут, В наст. время принимает: Генсулин Р п/з-6-8 ед., п/о-8 ед., п/у-6 ед., Генсулин Н 22.00 – 20 ед. Гликемия –12-15,1 ммоль/л. НвАIс - 9,6% от 27.04.18 . Последнее стац. лечение в 07.2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: С 2004 гипертрофическая КМП .принимает спиронолактон 25 мг утром, небивал 5 мг утром, магникор 75 мг веч, торсид 10 мг 2р/нед . из-за гипотензии отменила прием эналприла. В анамнезе ЯБЖ, консартроз, периодически принимает хондропротекторы. 2010 – оперативное лечение по поводу полипа прямой кишки, анальной трещины. С 2007 БА, персистирующее течение, принимает серетид 25/125 1вд 2р/д

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 26.06 | 147 | 4,4 | 5,5 | 16 | |  | | 2 | 1 | 51 | 45 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 26.06 | 75,0 | 4,3 | 1,28 | 1,34 | 2,4 | | 2,2 | 3,7 | 83 | 14,3 | 3,8 | 2,59 | | 0,24 | 0,25 |

14.06.18 Глик. гемоглобин – 11,7%

26.06.18 К – 4,28 ; Nа – 137 Са++ -1,15 С1 -101,7 ммоль/л

### 26.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1002 лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

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

##### 29.06.18 Микроальбуминурия –95,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.06 2.00-6,7 | 6,,5 | 7,0 | 11,5 | 5,0 |  |
| 27.06 2.00-14,4 |  |  |  |  | 10,2 |
| 28.06 2.00-12,1 | 8,5 | 5,4 | 18,2 | 8,0 |  |
| 28.06 | 12,8 | 16,1 | 9,0 | 8,7 | 12,3 |
| 30.06 | 18,2 | 23,8 | 11,8 | 14,7 | 12,8 |
| 01.06 | 6,2 | 8,9 | 9,0 | 11,6 | 12,8 |
| 02.07 | 9,8 |  | 4,9 | 6,4 | 13,1 |
| 03.07 | 14,2 | 13.00-14,0 | 12,0 | 3,7 | 10,3 |
| 04.07 | 12,8 | 16,9 |  | 3,6 | 12,6 |
| 05.07 2.00-18,2 | 11,0 |  | 3,0 | 14,2 | 13,1 |
| 06.07 2.00-16,4 | 3,8 |  |  |  |  |

27.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз с-м Салюс 1, вены расшрены, с-м Салюс 1, вены расширены, неравномерного калибра, сосуды извиты, микроаневризмы, Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

25.06.18ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

27.06.18 Ревматолог: Плечелопатоный периартрит слева. Остеоартроз т/бедренных суставов Ro? СФН 1. Рек: апонил 100 мг 2р/сут 14 дней, затем при болях, милокал ( толперил) 1,0 в/м 2р/д 7 дней, затем 150 мг 3р/д 7 дней, витаксон 2,0 в/м 10 дней, ЛФК, массаж ШВЗ, терафлекс 1т 2р/д 3 мес 2р/год

05.07.18Кардиолог: Гипертрофическая кардиомиопатия. Субаортальный стеноз. Митральная регургитация II-Ш ст СН 1 с сохраненной систолической функцией ЛЖ (ФВ 68%). САГ II ст.

Рек. кардиолога: эплепрес 2,5 , предуктал MR 1т 2р/д. Контроль ЭКГ

04.07.18 ЭХОКС: Уплотнение аорты и АК. Увеличение полости ЛП. Гипертрофия миокарда ЛЖ (преимущественно базальных отделов ЛЖ) с сужением выходного тракта ЛЖ ( по типу субаэрального стеноза). Митральная регургитация 2-3 ст. Трикуспиадьная 1-2. Систолическое давление в ЛА 32 мм рт ст. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме, Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации (ФВ 68%).

26.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

03.07.18 аллерголог: Бронхиальная астма, персистирующее течение, контролируемое. Низкими дозами ИКС+ БАДД ЛН 1.Рек: Серетид 25/125 мкг 1доза 2р длительно

26.06.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

02.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; опущение желчного пузыря, образования правой почки похожего на ангиолипому.

26.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2 см3; лев. д. V = 5,4см3

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

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, торадив, небивал, спиронолактон, асафен, тиолипон турбо, витаксон, серетид, физиолечение

Состояние больного при выписке: на фоне лечения отмечает некоторое уменьшение болий и онемение в н/к , сохраняется нестабильная гликемия в ночные и вечерние часы, от дальнейшей коррекции инсулинотерапии отказывается, настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, о последствиях предупреждена о чем имеется запись в истории болезни.. АД 90/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога 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: Генсулин Р п/з-5-7 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -4-6 ед., Генсулин Н 22.00 19-22 ед.

Самоконтроль глюкозы крови с последующей коррекцией доз инсулина.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Соблюдение рекомендаций кардиолога, аллерголога, ревматолога см. выше.
3. Альфа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.,., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.