#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1229

##### Ф.И.О: Кириченко Василий Николаевич

Год рождения: 1953

Место жительства: Михайловский р-н пгт. Пришиб ул Ленина 9

Место работы: инв II гр.

Находился на лечении с 06.10.14 по 17.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Отдаленные последствия мозгового лакунарного ишемического инсульта в пр гемисфере (12.2011) в виде центрального левостороннего прозомонопареза, левосторонней пирамидной недостаточности. ИБС п/инфарктный (2009) кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма Гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная компенсация.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая 2р/год, последняя 12.2013. С начала заболевания ТСП, без эффекта. С 1987 назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-22 ед., п/о-4-6 ед., п/у-10-12 ед., Хумодар Б100Р 22.00 22-26. Гликемия –5,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. АИТ в течении 6 лет. Принимает L-тироксин 125 мкг утр. АТТПО – 553.0 (0-30) МЕ/мл АТТГ – 64.4. (0-100). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.10.14 Общ. ан. крови Нв – 160 г/л эритр –4,9 лейк –6,2 СОЭ – 3 мм/час

э- 4% п- 2% с-57 % л- 28% м-9 %

13.10.14 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л

07.10.14 Биохимия: СКФ –74,38 мл./мин., хол –4,02 тригл -1,81 ХСЛПВП -1,36 ХСЛПНП -1,83 Катер -1,9 мочевина –9,9 креатинин –103,2 бил общ –21,3 бил пр –4,4 тим – 4,9 АСТ –0,27 АЛТ –0,39 ммоль/л;

09.10.14 Бил общ -19,7 бил пр – 4,3 тим- 2,23 АСТ – 0,61 АСТ 0,46 мкмоль/мл

10.10.14ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/л

### 07.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

09.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

07.10.14 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.10.14 Микроальбуминурия –132,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.10 | 7,4 | 12,9 | 4,6 | 5,2 |
| 09.10 | 6,0 | 12,2 | 3,0 | 5,2 |
| 10.10 2.00-2,8 |  |  |  |  |
| 12.10 | 10,1 | 10,2 | 4,2 | 7,7 |
| 14.10 | 7,8 | 10,6 | 10,8 | 12,9 |
| 15.10 | 4,0 |  |  |  |
| 16.10 | 7,5 | 11,2 | 8,5 | 12,4 |

08.10.14Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,6

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.10.14ЭКГ: ЧСС – 60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

07.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.10РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

17.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкремента в желчном пузыре, на фоне застоя.

06.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 1,3см3; лев. д. V = 1,2 см3

Размеры железы меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы, диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эналаприл, кардиомагнил, торвакард, L-тироксин, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Эспа-липон, актовегин, витаксон, армадин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гипергликемия в 11,00 связана с погрешностью в питании проведена коррекция инсулинотерапии и беседа с больным о соблюдение режима диетотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен на Инсуман Базал, Инсуман Рапид.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-28-30 ед., п/уж -10-12 ед., Инсуман Базал п/у 22-24 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 20 мг) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год,.ТТГ 1р 6 мес, L-тироксин 125 мкг утром.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д.
7. Конс. гастроэнтеролога по м\ж.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.