#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1225

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

Год рождения: 1953

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.10.15 по 21.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП IIст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, отдаленные последствия перенесенного лакунарного ишемического инсульта в правой гемисфере (12.2011). Левосторонняя пирамидная недостаточность. Умеренное когнитивное снижение. С-м вестибулопатии. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. П/инфарктный кардиосклероз (2009) СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемические частые в 2013, 2015 ( с вызовом СМП). С начала заболевания инсулинотерапия. С 2014 переведен с Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р на Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-30 ед., п/у20 ед., Инсуман Базал п/у – 22 ед. Гликемия –3,1-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг. АИТ, гипотиреоз с 2009, АТ ТПО – 553,0 (0-30) МЕ/мл, принимает L-тироксин 125 мкг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.10.15 Общ. ан. крови Нв – 133 г/л эритр –4,1 лейк – 7,2 СОЭ –4 мм/час

э-3 % п-0% с- 67% л- 25 % м- 5%

09.10.15 Биохимия: хол –4,6 тригл – 0,77ХСЛПВП -1,28 ХСЛПНП -2,97 Катер -2,6 мочевина –5,9 креатинин –118,8 бил общ –19,8 бил пр –4,8 тим – 2,9 АСТ –0,24 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

13.10.15 СКФ – 73,5 мочевина 4,3 креатинин 104,4

09.10.15ТТГ –1,7 (0,3-4,0) Мме/мл

### 09.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

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

12.10.15 Суточная глюкозурия – 0,35 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.10.15 Микроальбуминурия –49,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.10 | 11,9 | 13,5 |  | 7,2 | 4,2 | 3,5 |
| 13.10 | 8,6 | 11,1 | 14.15-4,6 | 13,7 | 20,9 | 13,8 |
| 15.10 2.00-5,8 | 9,2 | 7,6 | 2,5 |  |  |  |
| 16.10 | 11,2 | 11,0 | 4,1 | 8,2 | 13,5 |  |
| 18.10 2.00-14,1 | 9,8 |  |  | 10,3 | 13,1 | 13,7 |
| 19.10 2.00-6,3 | 7,3 | 11,0 |  | 11,2 | 9,6 |  |
| 20.10 | 6,3 | 5,9 | 2,0 | 9,5 | 12,5 |  |
| 21.10 |  |  |  |  |  |  |

08.10.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, отдаленные последствия перенесенного лакунарного ишемического инсульта в правой гемисфере (12.2011). Левосторонняя пирамидная недостаточность. Умеренное когнитивное снижение. С-м вестибулопатии.

03.10.15Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,7 ;

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.

08.10.15ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

17.10.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. П/инфарктный кардиосклероз ( 2009) СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии II с степени. Риск 4.

09.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.10.15РВГ: Нарушение кровообращения слева I ст. справа - N, тонус сосудов повышен.

08.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 1,3см3; лев. д. V =1,2 см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Новорапид, лоспирин, L-тироксин, розарт, берлитион, цераксон, витаксон, актовегин, глюкоза 40%

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, с больным проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии, регулярном самоконтроле, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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 Новорапид.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-18-20 ед., п/о- 4-6ед., п/уж -6-8 ед., Инсуман Базал 22.00 20-22 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При сохраняющейся склонность к гипергликемическим состояниям повторная консультация в эндокриндиспансере.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: тризипин 500 2р\д, аспирин кардио 100 мг 1р\д бисопролол 5 мг 1р/д, при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: мема 10 мг по схеме: 1-я нед ½ т утром,2-я 1т утром, 3-я 1+1/2 т утром, 4-я 2т утром до 6 мес
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 125 мкг утром.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
9. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.