#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1226

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

Год рождения: 1953

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

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 11.10.16 по 21.10.16 в диаб. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического лакунарного инсульта в правой гемисфере в 2011. Левосторонняя пирамидная недостаточность. С-м вестиблопатии. Умеренное когнитивное снижение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния в разное время суток, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая 2013-2015. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2014 переведен на Инсуман Базал, Инсуман Рапид. В 2015 переведен на Новорапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 18ед., п/о- 6ед., п/у- 8-9ед., Инсуман Базал 21.00 23 ед. Гликемия –1,9-19 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 10,2015г. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг 1р\д. АИТ, гипотиреоз с 2009. АТ ТПО –553,0 (0-30) МЕ/мл принимает L-тироксин 125 мкг\сут. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.10.16 Общ. ан. крови Нв –155 г/л эритр –4,7 лейк –6,1 СОЭ –2 мм/час

э- % п- 2% с- 72% л- 22 % м- 4%

12.10.16 Биохимия: СКФ –86 мл./мин., хол –5,1 тригл – 1,15ХСЛПВП – 0,82ХСЛПНП -3,75 Катер -5,2 мочевина – 5,6креатинин –84 бил общ – 21,8бил пр –5,0 тим –3,5 АСТ – 0,46АЛТ – 0,50 ммоль/л;

13.10.16 Глик. гемоглобин – 7,9%

13.10.16.19 ТТГ –1,7 (0,3-4,0) Мме/мл

13.10.16 К – 4,09 ; Nа – 167 ммоль/л

### 12.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

13.10.16 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.10.16 Микроальбуминурия –58,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.10 | 11,7 | 14,1 | 3,9 | 6,7 |
| 15.10 | 4,9 | 8,7 | 9,6 | 7,9 |
| 18.10 | 6,6 | 8,5 | 4,2 | 7,6 |

11.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического лакунарного инсульта в правой гемисфере в 2011. Левосторонняя пирамидная недостаточность. С-м вестибулопатии. Умеренное когнитивное снижение.

11.10.16Окулист: 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.

11.10.16ЭКГ: ЧСС – 55 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.10.16РВГ: Нарушение кровообращения слева –Iст, справ норма , тонус сосудов N.

20.10.16УЗИ почек: Эхопризнаки гиперплазии изменений диффузного типа, кальцинатов в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 1 ст.

11.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =2,7 см3; лев. д. V = 2,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Инсуман Базал, берлитион, витаксон, лира, эналаприл, L-тироксин, сермион, розарт,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога 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-4-6 ед., п/уж -8-10 ед., Инсуман Базал 22.00 22-25 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс. кардиолога по м\ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: , сермион 30 мг утр. до 3 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 125 мкг утром натощак за30 мин до еды.
12. Контроль печеночных проб в динамике , УЗИ ОБП, консультация гастроэнтеролога по м\ж.
13. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
14. Консультация уролога ЗОКБ или по м\ж. (по данным УЗИ)
15. 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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.