#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1417

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

Год рождения: 1953

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

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.10.17 по 24.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Поверхностная резаная рана правой пяточной области в ст.регененрации. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Дисциркуляторная энцефалопатия III. Последствия перенесенного ишемического инсульта (2011)в правой гемисфере головного мозга, в русле СМА справа, левосторонняя пирамидная недостаточность. ИБС: стенокардия напряжения I, постинфарктный кардиосклероз (2009). СН II А, ФК II. Гипертоническая болезнь III, 1 степени, риск 4. ДГПЖ I ст

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния с 11.00 до 13.00, купирует приемом углеводов, учащенный ночной диурез 3-4 раза, ухудшение зрения на оба глаза, боли в ногах, судороги, онемение и снижение чувствительности в них, повышение АД макс до 140/90 мм.рт.ст (тенденция к гипотонии), головокружение, шаткость при ходьбе, учащенное сердцебиение, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания в течение года принимал манинил, затем назначена инсулинотерапия в связи с неэффективностью ССП. Получал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р в 4-х кратном режиме. В 2015 г в связи с лабильным течением в условиях ЗОЭД переведен на Новорапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Новорапид п/з-18 ед., п/о- 6 ед., п/у- 8-9 ед., Инсуман Базал в 21.00 -24 ед. Гликемия – 6,0-10,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: в 2009г (со слов) перенем инфаркт миокарда, 2011г-ишемический инсульт в правой гемисфере. АИТ, гипотреоз- с 2009 г. 13.10.16 ТТГ –1,7 (0,3-4,0) Мме/мл; в 2009 г- АТ ТПО – 553,0 (0-30) МЕ/мл. Принимает L-тироксин 125 мкг утром. Повышение АД около 10 лет. Принимает эналаприл 2,5 мг, коронал 2,5 мг, розарт 10/20 мг. Операции-депортализация поджелудочной железы. С 1016 г наблюдается урологом с д-зом: ДГПЖ 1 ст, хр.задержка мочи.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.10. | 148 | 4,4 | 5,4 | 12 | 2 | 0 | 68 | 29 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.10.17 | 78,4 | 3,3 | 1.34 | 1,07 | 1,6 | 2,1 | 7,0 | 81,4 | 28.4 | 6,0 | 2,4 | 0,24 | 0,17 |
| 23.10.17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

13.10.17 Глик. гемоглобин -7,9 %

17.10.17 ТТГ -0,8 (0,3-4,0) Мме/л

13.10.17 К – 4,9 ; Nа – 135 Са++ -1.08 С1 – 103,9 ммоль/л

### 12.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 1-2; эпит. перех. - ед в п/зр

19.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

10.10.17 Суточная глюкозурия – 1,75 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.10.17 Микроальбуминурия – 46.4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

13.10.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Дисциркуляторная энцефалопатия III. Последствия перенесенного ишемического инсульта (2011)в правой гемисфере головного мозга, в русле СМА справа, левосторонняя пирамидная недостаточность. Р-но: УЗДС МАГ, контроль АД, аторвастатин 20 мг вечером, актовегин 10,0 в/в кап, диалипон 600 в/в кап, бифрен 1к 3р/д, билобил интенс 120 мг 1р/д- 1мес

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.10.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. Ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

23.10.17Кардиолог: ИБС: стенокардия напряжения I, постинфарктный кардиосклероз (2009). СН II А, ФК II. Гипертоническая болезнь III, 1 степени, риск 4. Р-но: ЭХО-КС, эплепрес25 мг 1р/д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес, аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел 1т\*утром

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

12.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Поверхностная резаная рана правой пяточной области в стад, очищения, регенерации. Р-но: контроль и коррекция гликемии, обработка бетадином, 1 р/д перевязка.

19.10.17 Уролог: Д-з: ДГПЖ I ст. Р-но: флосин 1 т 1р/д-3 мес, пенестер(простан) 1т 1р/д -6 мес

12.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

10.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

12.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,0 см3; лев. д. V = 3,3 см3

Перешеек –0,31 см. Щит. железа не увеличена, контуры неровные, Капсула уплотнена, Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

18.10.17 УЗИ МВС и простаты: Закл: Эхопризнаки мелких конкрементов в почках, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 1 ст, для уточнения структуры предстательной железы р-но УЗИ исследование TR датчиком.

Лечение: новорапид, инсуман базал, эспалипон 600 в/в кап 310, витаксон 2,0 в/м №10, армадин 4,0 в/в кап №10, трифас 10 мг, коронал2,5 мг, розарт 10 мг, лоспирин 75 мг, эналаприл 2,5 мг, L-тироксин 125 мкг, перевязки с бетадином.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, несколько уменьшились боли в н/к, гипогликемические состояния не отмечаются, АД 100/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-18 ед., п/о-6 ед., п/уж – 8-9 ед.,

Инсуман Базал в 21.00 -22-24 ед.

Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.

1. Гиполипидемическая терапия: розарт 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 1,25-2,5 мг утром, коронал 1,25-2,5 1 р/д, трифас 10 мг 1 т натощак 2-3 раза в неделю при отеках, эплепрес 25 мг 1 натощак, под контролем АД, ЧСС
4. ЭХО-КС в плановом порядке по м/ж с послед. конс.кардиолога.
5. Диалипон (эспа-липон) 600 мг утром 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., армадин лонг 300 1 т 1р/д – 1 мес, бифрен 1к 3р/д, билобил интенс 120 мг 1р/д- 1мес, келтикан 1к 3р/д-1 мес
6. УЗДС МАГ в плановом порядке с послед.конс.невролога по м/ж.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 125 мкг 1 т утром натощак.
8. УЗИ ГБС, контроль печеночных проб с послед. консультацией гастроэнтеролога. Рек. гастроэнтеролога
9. Соблюдение рекомендаций уролога (см.выше)

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В