#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1397

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

Год рождения: 1953

Место жительства: Михайловиский р-н, пгт. Пришиб ул. Центральная 9

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 24.10.18 по  02.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести в стадии медикаментозной субкомпенсации. ИБС: стенокардия напряжения 1 ф. кл. П/инфарктный (2009) кардиослкероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.  Последствия перенесенного ишемического инсульта ( 2011) в пр. гемисфере головного мозга в русле СМА справа, левосторонняя пирамидная недостаточность.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в предобеденное время, боли, судороги, в н/к, повышение АД до 140/90 , периодически шум в голове, отеки н/к

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Ранее в анамнезе многократные гипогликемические комы. 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- 9 ед., Инсуман Базал в 21.00 -24 ед. Гликемия – 2,6-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: в 2009г (со слов) перенес инфаркт миокарда, 2011г-ишемический инсульт в правой гемисфере. АИТ, гипотиреоз- с 2009 г. 13.10.16 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. 1990 --депортализация поджелудочной железы. С 2016 г наблюдается урологом с д-зом: ДГПЖ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 25.10 | 146 | 4,57 | 5,3 | 9 | |  | | 1 | 2 | 53 | 38 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 25.10 | 77,5 | 3,6 | 1,29 | 1,44 | 1,56 | | 1,5 | 3,7 | 84 | 26,3 | 4,8 | 3,4 | | 0,25 | 0,27 |
| 02.11 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |

26.10.18 Глик. гемоглобин -7,8 %

26.10.18 ПСА общ – 0,456 (0-4,0) ПСА св – 0,204 ( 0-0,42) прогноз благоприятный 44,74%,

26.10.18 ТТГ – 0,16 ( 0,4-4,0)

25.10.18 К – 5,1 ; Nа – 139Са++ -11,12 С1 - 100 ммоль/л

### 25.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк 1-2, эрит – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. 1-2 в п/зр

24.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр – 250 белок – отр

26.10.18 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.10.18 Микроальбуминурия –42,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.10 | 9,3 | 6,5 | 12,2 | 4,2 | 2,9 |
| 27.10 | 11,2 | 10,4 | 6,2 | 5,0 | 6,4 |
| 28.10 2.00-4,8 | 6,8 |  |  |  |  |
| 30.10 | 8,5 | 10,9 | 7,5 | 5,5 | 7,0 |
| 01.11 | 11,6 |  |  |  |  |
| 02.11 4.10 – 1,8 4.45-7,6 | 16,8 |  |  |  |  |

25.10.18 Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 .

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.10.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

26.10.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. П/инфарктный (2009) кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д дообследование ЭХОКС, КАГ.

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

31.10.18 Уролог: с учетом жалоб рекомендовано УЗИ органов мошонки, с учетом результатов УЗИ простаты рек МРТ (1,5Тесла) онкоскрининг простаты. Формен комби 2т 2р/д 1 мес 3 курса в год

14.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

31.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст, застоя в желчном пузыре, изменений диффузного типа в паренхиме простаты с наличием формирующихся очагов без увеличениями объема остаточной мочи (протокол на руках);

01.11.18 УЗИ мошонки: эхопризнаки гидроцеле с 2 сторон (протокол на руках);

24.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,7 см3; лев. д. V = 2,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с прослойками фиброза, Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, Инсуман Базал, спиронолактон, Новорапид, эспа-липон ,витаксон, эналаприл, коронал, асафен, розарт

Состояние больного при выписке: За время пребывания в стационаре общее состояние улучшилось, уменьшились боли в н/к. АД 110/70-130/80 мм рт. ст.

02.11.18 в 4.10 у пациента отмечалось тяжелое гипогликемическое состояние с нарушением сознания, глюкоза крови – 1,8 ммоль/л, вводилась 40% глюкоза 60,0 мл. Данное состояние пациент связывает с недостаточным приемом пищи вечером. От дальнейшего пребывания в ЗОЭД пациент отказывается по семейным обстоятельствам, несмотря на проводимые беседы, ознакомлен с возможными осложнениями, о чем имеется запись в истории болезни. Проведена беседа о необходимости соблюдения режима питания и диетотерапии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-18-20 ед., п/о-6-8 ед., п/уж 7-9ед., Инсуман Базал 22.00 24-25 ед.
5. При повторных гипогликемических состояниях госпитализация в ЗОЭД для решения вопроса о замене вида инсулинотерапии.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5-5 мг утром, коронал 2,5 мг утром, спиронолактон 25 мг 1т натощак, аспирин кардио 100 мг 1р/д на ночь . Контр. АД. ЧСС.
10. ЭХОКС ,КАГ в плановом порядке с псолед. конс кардиолога
11. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 100 мкг утром . контроль ТТГ через 2 мес, в последущем 1р в 6 мес.
13. МРТ (1,5Тесла) онкоскрининг простаты. Формен комби 2т 2р/д 1 мес 3 курса в год, повторная конс уролога с результатами МРТ, УЗИ органов мошонки

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.