#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1324

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

Год рождения: 1953

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

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.10.13 по 25.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. 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 пирамидальной недостаточности. ИБС. Постинфарктный (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 ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, боли в позвоночнике частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы : гипогликемическая – 2009. С начала заболевания ССП. В течении 3 мес принимал на ТСП, без эффекта. Потом назначена инсулинотерапия: Б-инсулин, Инсуман Комб (2000). 2001 – переведен на Хумодар Б100Р, Р100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 20ед., п/о- 6ед., п/у-12 ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 22 ед. Гликемия –12,8-8,0 ммоль/л. НвАIс -8,0 % от 09.10.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 5 лет. Аутоиммунный тиреоидит более 5 лет, гипотиреоз. Принимает Л-тироксин 125 мкг\сутки. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.10.13Общ. ан. крови Нв –134 г/л эритр – 4,2 лейк – 8,1СОЭ – 17 мм/час

э- 7% п2 % с-66 % л 21 % м4- %

17.10.13Биохимия: СКФ –77 мл./мин., хол – 3,22тригл – 1,38ХСЛПВП -1,19 ХСЛПНП -1,40 Катер -1,70 мочевина –6,4 креатинин – 94 бил общ –21,4 бил пр – 4,4 тим –1,9 АСТ – 0,42 АЛТ –0,24 ммоль/л;

21.10.13 бил общ – 14,7, бил пр – 3,7 тим – 1,9 АСТ – 0,19 АЛТ – 0,40

18.10.13ТТГ – 3,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 17.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум;

21.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

18.10.13Суточная глюкозурия – 0,65 %; Суточная протеинурия – отр

##### 18.10.13Микроальбуминурия –76,5мг/сут

17.10.13 кал на я/г - отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.10 | 9,9 | 13,9 | 5,0 | 6,0 |  |
| 20.10 | 10,1 | 15,4 | 10,2 | 9,5 |  |
| 23.10 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: 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 пирамидальной недостаточности.

Окулист: VIS OD= 0,5 OS=0,5 ; ВГД OD=19 OS=20

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

ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция неопределенная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС. Постинфарктный (2009) кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: . Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Допплерография: ЛПИ справа –0,8 , ЛПИ слева –1,0 . Нарушение кровообращения по а. tibialis роst справа – 1-2, слева – норма.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =1,5 см3; лев. д. V = 1,2 см3

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

Лечение: эспа-липон, актовегин, витаксон, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, эналаприл, торсид, L-тироксин, торсид, армадин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120\80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроентеролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед., Хумодар Б100Р 22.00

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) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., небилет 2,5-5 мг\*1р/сут, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.
4. Эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: кортексин 10,0 в\м № 10.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р/6 мес, L-тироксин 125 мкг/сутки.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.