#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 825

##### Ф.И.О: Аннер Артур Владимирович

Год рождения: 1981

Место жительства: Запорожье, ул. Культурная 43/2

Место работы: н/р

Находился на лечении с 02.07.14 по 15.07.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м, астеновегетативный с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. МКБ, пиелонефрит стадия ремиссии. САГ IIcт, высокая степень риска. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Стеатогепатоз. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/120 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия, но в связи с частыми гипогликемическими состояниями отменил самостоятельно. В течении 2х лет гликемия была пределах нормы. В 2011 во время стац. лечения в ОКЭД был выставлен диагноз: СД тип2, средней тяжести. Инсулин 15,69; С–пептид 3,51 от 24.10.2011. В дальнейшем принимал диаформин 1000 2р\д. Ухудшение состояния в течении 2 мес, после психоэмоциональной перегрузки, в связи с чем самостоятельно отменил препараты метформина и применял Инсулин Эпайдра п/з 4 ед, п/о 4 ед, п/у -4 ед ( приобретал самостоятельно). Гликемия –10,9-13 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 8 лет. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.07.14 Общ. ан. крови Нв – 140г/л эритр –4,2 лейк –6,3 СОЭ –8 мм/час

э- 1% п- 1% с-68 % л- 25 % м- 5%

03.07.14 Биохимия: СКФ –139 мл./мин., хол –5,95 тригл -2,27 ХСЛПВП -1,08 ХСЛПНП -3,83 Катер -4,5 мочевина –5,5 креатинин –93 бил общ – 12,4 бил пр –3,1 тим –1,9 АСТ –0,44 АЛТ –0,44 ммоль/л;

07.07.14 Биохимия: хол –5,73 тригл -2,28 ХСЛПВП -0,96 ХСЛПНП -3,73 Катер -5,0 бил общ – 12,2 бил пр –3,0 тим –1,8 АСТ –0,28 АЛТ –0,88 ммоль/л;

03.07.14 Глик. гемоглобин – 8,5%

03.07.14 Анализ крови на RW- отр

### 03.07.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

04.07.14 Суточная глюкозурия – 1,37%; Суточная протеинурия – отр

##### 04.07.14 Микроальбуминурия –350,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.07 | 9,2 | 9,8 | 9,7 | 6,7 | 8,7 |
| 06.07 | 7,4 | 11,3 | 10,7 | 10,1 |  |
| 09.07 | 7,1 | 7,1 | 11,0 | 4,9 |  |
| 10.07 |  |  | 7,6 |  |  |
| 14.07 | 7,5 | 9,4 | 7,6 | 5,2 |  |

03.07Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м, астеновегетативный с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсомоторная форма.

02.07.Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,7 ; Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

02.07ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

03.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.07РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

04.06.14 осмотр асс. каф. терапии и клин . фармакол. Ткаченко О.В.: СД, тип 2, декомпенсация, средней тяжести, Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия II, сенсомоторная форма. Ожирение II алим. конст генеза, стабильное течение. ХБП 1 МКБ пиелонефрит стадии ремиссии, диабетическая нефропатия Ш САГ IIcт, высокая степень риска. Стеатогепатоз.

04.07.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.07УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии по типу 1-2 ст без признаков портальной гипертензии, перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу р, панкреатита, мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетити

02.07.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V =6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диаформин, эналаприл, амлодипин, арифон, Генсулин Н, анальгин, диалипон, рамиприл, фенигидин, карведилол,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 14-16ед., п/уж -6-8 ед.,
4. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Эналаприл 5 мг 2\д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр И, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 10,0 в/в № 10, гиятон 1000 в/м № 10,
11. Рек. асс. каф. терапии и клин . фармакол. Ткаченко О.В.: арифон ретард 1т утром ,рамиприл 5 мг 2р\д, карведилол 12,5 1р в обед, азамекс 5-10 мг 1т веч, кардиомагнил 1т на ночь, после снижение уровня печеночных ферментов розукард 10 мг/сут.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.