#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1350

##### Ф.И.О: Аннер Артур Владимирович

Год рождения: 1981

Место жительства: г. Запорожье ул. Культурная 43

Место работы: инв Ш гр , состоит на учете в центе занятости

Находился на лечении с 16.10.18 по  23.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Острая нейропатия лицевого нерва справа. Прозомонопарез. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Ожирение II ст. (ИМТ 37,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. МКБ: конкременты обеих почек. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез, боли в икроножных мышцах, асимметрия лица, слабость мимических мышц лица справа, повышение АД макс. до 210/120 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. с начала заболевания получал инсулинотерапия в последующем в связи с гипогликемическими состояниям инсулин был отменен. В течение 2х лет гликемия была в пределах допустимых значений. В 2011 инсулин – 15,69 С-пептид – 3,5 «СД тип 1» был изменен на «СД, тип 2». Принимал диаформин 1000 1т 2р/д. С 2014 на комбинированной терапии: Генсулин Н 2р/сут + метформин 2р/д. С 05.2018 к терапии была добавлена форксига 10 мг утром. Комы отрицает. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-30 ед., п/у- 30ед., + метформин 1000 мг 1т 2р/д. В течение последних 2-х мес форксигу не принимает. Гликемия –9,5 ммоль/л. НвАIс – 8,6 % от 16.09.18 . Последнее стац. лечение в 05.2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает вальсакор 40 мг 2р/д. В анамнезе МКБ, конкремент левой почки, отмечалось отхождение конкрементов около 5 лет назад. В 08.2018 острая нейропатия лицевого нерва справа, получал лечение по м/ж (ограния, витаксон, суприлекс, ипигрикс, диалипон). Однократно отмечалось снижение уровня интактного паратгормона в 2016г.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.10 | 167 | 5,0 | 6,2 | 5 | |  | | 1 | 2 | 59 | 36 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.10 | 119 | 5,51 | 3,98 | 1,1 | 2,58 | | 4,0 | 4,7 | 88 | 13,9 | 3,5 | 1,9 | | 0,25 | 0,59 |

17.10.18 К –4,07 ; Nа –140 Са++ -1,09 С1 -102 ммоль/л

18.10.18 Проба Реберга: креатинин крови- 89 мкмоль/л; креатинин мочи- 3575 мкмоль/л; КФ-61,05 мл/мин; КР- 97,5 %

### 17.10.18 Общ. Ан. мочи уд вес 1024 лейк –1024 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -0-1 ; эпит. перех. –ед в п/зр

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

18.10.18 Суточная глюкозурия – 5,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 18.10.18 Микроальбуминурия –251,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.10 | 7,7 | 6,3 | 7,3 | 13,4 |  |
| 19.10 | 8,2 | 11,3 | 8,5 | 10,7 |  |
| 22.10 | 8,1 | 9,8 | 13,8 | 10,0 |  |
| 23.10 | 6,6 |  |  |  |  |

17.10.18 Окулист: VIS OD=0,8 OS= ,7 ;.

Гл. дно: А:V 1:2 сосуды умеренно извиты полнокровны, в макуле без особенностей . Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.10.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.10.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI. СН 1. САГ II ст?

Рек. кардиолога: хипотел 40 мг, бисопролол 5 мг, Контроль АД. ЧСС. Дообследование: УЗИ почек, ЭХО КС по м/ж.

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

17.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

19.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки множественных конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

16.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,5 см3; лев. д. V = 6,1 см3

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

Лечение: Генсулин Н, метформин, форксига, вальсакор, индопрес.

Состояние больного при выписке: Возобновлен прием форксиги, общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированных значений, гипергликемия 22.10 в 16.00 связана с несвоевременным приемом пищи, нуждается наблюдении и лечении у невролога по м/ж. АД 130-140/80 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 30-32ед., п/уж -30-32 ед.,
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Форксига 10 мг 1 т утром

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: Вальсакор 160 мг утром, индопрес 2,5 мг утром, бисопроло 2,5 мг утром Контр. АД. ЧСС
4. ЭХО-КС в плановом порядке с последующей консультацией кардиолога по м/ж
5. Наблюдение и лечение у невролога по м/ж
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
7. УЗИ почек 1-2 раза в год, конс уролога в плановом порядке, контроль фосфора, кальция, паратгормона в динамике.
8. Выдана справка № 76

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.