#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1664

##### Ф.И.О: Труфанов Иван Викторович

Год рождения: 1964

Место жительства: Розовский р–н, с. Зеленополь, ул. Черемушки 11

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 17.12.13 по 30.12.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма. Вертеброгенная люмбалгия справа, хроническое рецидивирующее течение. Ожирение II ст. (ИМТ 36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Жировая дистрофия печени. МКБ. Калькулезный холецистит хронический, нестойкая ремиссия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ТСС (Диабетон MR, сиофор). С 2010 в эндокриндиспансере в связи с декомпенсацией заболевания переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 31ед., п/у-21 ед., Сиофор 1000 2р/д ( диаформин 1000). Гликемия –6,5-11,0 ммоль/л. НвАIс -10,9 % от 19.11.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 170 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.12.13Общ. ан. крови Нв –168 г/л эритр –5,2 лейк –7,0 СОЭ –6 мм/час

э- 3% п- 3% с-62 % л- 26 % м- 6%

18.12.13Биохимия: СКФ –147 мл./мин., хол – 5,2тригл -3,6 ХСЛПВП – 1,18 ХСЛПНП -2,38 Катер -3,40 мочевина –7,0 креатинин –74,4 бил общ –11,4 бил пр –2,8 тим – 2,1 АСТ –0,36 АЛТ – 0,42 ммоль/л;

20.12.13 Альбумин – 39,7

### 18.12.13Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

19.12.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

18.12.13Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.12.13Микроальбуминурия – 39,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.12 | 7,5 | 10,4 | 17,0 | 10,8 |
| 21.12 | 8,6 | 9,5 | 7,2 | 9,3 |
| 25.12 | 6,9 | 8,6 | 7,9 | 8,8 |

23.12.13 Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, Цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II сенсомоторная форма.

17.12.13 Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 1,0 ;

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.12.13 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

18.12.13 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

24.12.13 Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Жировая дистрофия печени. МКБ. Калькулезный холецистит хронический, нестойкая ремиссия.

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

18.12.13 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева – 1,1 Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

19.12.13 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 34-35 %, слева – 27-32%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.12 Rо графия ПОП в двух проекциях определяется склероз суставных поверхностей замыкательных пластин тел позвонков и дугоотосчатых сочленений, снижение высоты межпозвоночных дисков, краевые костные разрастания L2,3,4.

23.12.13 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; множественных конкрементов в желчном пузыре, выполняющих всю полость, облитерации желчного пузыря.

17.12.13 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 7,6 см3

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

Лечение: Медитан, диаформин, индап, эналаприл, розувастатин, Генсулин Н, витаксон, солкосерил, эспа-липон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 36-38 ед., п/у- 26-28 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

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 (розувастатин) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 10 мг \*2 р\день, индап 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., медитан 300мг\*2 р\день.
5. Рек. невропатолога: ревмоксикам 1,5 мл в/м 1 р\день № 5.
6. Рек гастроэнтеролога: консультация хирурга, УДЖК (урсосан, урсофальк и др). Пангрол 10тыс 1к 3р/сут с едой 14 дней, УЗИ ОБП через 3 мес.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Главн. врач Черникова В.В.