#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 750

##### Ф.И.О: Астахов Юрий Анатольевич

Год рождения: 1966

Место жительства: Запорожье, Олимпийская 22а-26

Место работы: н/р

Находился на лечении с 27.05.13 по 06.06.13 в диаб. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, субкомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая. полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к Диабетическая нефропатия IV ст. ХПН 0. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, субклинический гипотиреоз, впервые выявленный. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени. Астено-невротический с-м. Хронический вирусный гепатит С.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4-5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/110мм рт.ст., головные боли, пекущие боли в подошвенной части стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП( амарил, глюкофаж, новонорм). В 2009 в связи со стойкой декомпенсацией на фоне хр. вир. гепатита «С» переведен на комбинированную ИТ. В наст. время принимает: Левемир п/з-38ед., Амарил п/у-2 мг., сиофор 850 мг 1р/д веч. Гликемия –3,2-8,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Хронический холецисто- панкреатит с 2000г. АИТ с 2010г. Эутиреоидное состояние. АТТПО 210,3 Мел, АТТГ -104,5 МЕ/л от 2010. ТТГ 2,5моль/л от 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.05.13Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр – 4,5 лейк –4,1 СОЭ –19 мм/час

э-1 % п- 2% с- 64% л- 25 % м- 8%

28.05.13Биохимия: СКФ – 108,7мл./мин., хол –5,95 тригл – 6,15 ХСЛПВП -1,6 ХСЛПНП -1,54 Катер -2,7 мочевина –7,6 креатинин –115,9 бил общ –13,9 бил пр –3,7 тим –7,4 АСТ –0,94 АЛТ – 0,99 ммоль/л;

29.05.13Глик. гемоглобин -9,1 %

28.05.13Анализ крови на RW- отр

### 28.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2-3в п/зр белок – 0,054 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

03.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

29.05.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,038

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.05 | 8,2 | 8,2 | 7,1 | 4,7 |  |
| 03.06 | 5,4 | 5,9 | 5,1 | 7,5 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая. полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Астено-невротический с-м.

Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,8 ; ВГД OD= 22 OS=21

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени.

27.05.13ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

03.06РВГ: Нарушение кровообращения справаIIст слева -I ст., тонус сосудов N.

2105.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров по типу жировой дистрофии 2 ст; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, микролитов в почках.

27.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 7,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: левемир, диалипон, мильгамма, актовегин 20,0 в/в кап., лизиноприл, индопрес, амарил, диаформин, сиофор, сторвас.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Левемир п/з-38-40 ед.,
4. ССТ: амарил (диапирид, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/у.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД.
5. Лизиноприл 10 мг утром. Контр. АД.
6. Берлитион(эспа-липон, диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м № 10 адаптол 1 т 3р/д 1 мес.
8. Контроль ТТГ ч/з 1-2 мес для определения дальнейшей тактики. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
10. Наблюдение в гепатоцентре.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.