#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 854

##### Ф.И.О: Тиркельтауб Захар Михайлович

Год рождения: 19854

Место жительства: Ореховский р-н. г. Орехов ул. Вержбицкого 75

Место работы:

Находился на лечении с 08.07.14 по 18 .07.14 в диаб. отд. (09.07-18.07.14 в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП Ш ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ IIБ степени. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, вестибуло-патический с-м. Умеренное когнитивное снижение. Гиперметропия ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Полная блокада ПНПГ. Пароксизм наджелудочковый, единичная желудочковая экстрасистолы. СНII Б ф. кл Ш. Гипертоническая болезнь III ст. Очень высокий кардиоваскулярный риск. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40,6 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1 ст. узел левой доли. Эутиреоидное состояние.

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: глюренорм 30 мг 1т 2р\д . Гликемия –18-10,5-7,0 ммоль/л. НвАIс – 10,1 % от 04.07.14. Повышение АД в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.07.14 Общ. ан. крови Нв – 102 г/л эритр – 3,2лейк – 5,6 СОЭ –25 мм/час

э- 3% п- 0% с76 % л- 18% м- 3%

09.07.14 Биохимия: СКФ –62 мл./мин., холь –5,7 тригл – 2,23ХСЛПВП -0,97 ХСЛПНП – 3,71Катер -4,9 мочевина –8,8 креатинин – 182 бил общ – 10,2 бил пр –2,5 тим – 3,3 АСТ – 0,15 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

11.07.14Св.Т4 – 15,8 (10-25) оль/л; ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –26,1 (0-30) МЕ/мл

09.07.14 Гемогл – 100 ; гематокр – 0,36 ; общ. белок – 70,8 г/л; К – 5,2 ; Nа – 150 ммоль/л

11.07.14 К – 4,56 ммоль/л

12.07.14 К – 4,5 ммоль/л

09.07.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 100 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*10-4

10.07.14 Проба Реберга: Д- 1,1л, d- 0,76мл/мин., S-2,35 кв.м, креатинин крови- 230мкмоль/л; креатинин мочи9900- мкмоль/л; КФ- 24,08мл/мин; КР-96,84 %

### 09.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –0-1 в п/зр белок – 0,85 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - едв п/зр

10.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,091

10.07.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,142

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 |
| 09.07 | 6,9 | 5,6 | 7,3 | 9,2 |
| 10.06 | 7,1 | 4,2 | 6,9 | 6,1 |
| 12.07 | 6,4 | 6,2 | 6,3 | 6,5 |
| 14.07 | 7,0 | 3,5 | 8,4 | 6,6 |
| 16.07 | 7,7 | 5,3 | 4,0 | 6,4 |
| 17.07 | 6,4 | 5,6 | 6,1 | 8,7 |
| 18.07 | 7,3 | 8,4 |  |  |

09.07Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение.

08.07Окулист: VIS OD=0,1+3,0=0,8 OS= 0,1+3,0=1,0

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия ОИ.

10.07ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ. При сравнении с предыдущими ЭКГ – без отр. динамики.

14.07ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ.

18.07ЭКГ: ЧСС - 109уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия, единичная суправентрикулярная экстрасистолия.. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ.

09.70.14 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Полная блокада ПНПГ. Пароксизм наджелудочковый, единичная желудочковая экстрасистолы. СНII Б ф. кл Ш. Гипертоническая болезнь III ст. Очень высокий кардиоваскулярный риск.

09.07Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ IIБ степени.

08.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,5 см3; лев. д. V =11,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. В лев. доле у заднего контура гидрофильный узел 1,49\*1,37 см, рядом такой же узел 0,73 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: немесил, моэкс, трифас, бисопролол, верошпирон, глюренорм диапирид, аллапуринол, кардиомагнил, предуктал, актовегин, луцетам, СаД3, торвакард, омепразол, трифас, диклоберл

Состояние больного при выписке: СД компенсирован у больного сохраняются признаки сердечно сосудистой недостаточности. Повторно осмотрен кардиологом 18.07.14 Продолжить лечение в кардиологическом отделении по м/ж.. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 1 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Моэекс 7,5мг\* ½ утром аллапуринол 1т утром, предуктал MR 1т/д, кардиомагнил 1 т. вечер., трифас 5-10 мг утром, бисопролол 2,5 мг 2р/д, торвакард 10 мг веч. Контр. АД.
7. Рек. невропатолога: глиятон 100 мг в/м № 10.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТАПБ. Явка с результатами к эндокринологу.
9. Рек. хирурга: конс дерматолога по м/ж.
10. Продолжить лечение в тер.(кардиологическом) отд. по м/ж.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.