#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 226

##### Ф.И.О: Дмитриев Николай Семенович

Год рождения: 1965

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов, пер Олимпийский 43

Место работы: пенсионер инв войны Ш гр, ААВ 008260

Находился на лечении с 17.02.14 по 28.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, субкомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к в/к IIст, сенсорная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза на фоне стенозирующего атеросклероза МАГ. С-м внутренней заместительной гидроцефалии лобно-височной атрофии (по данным МРТ головного мозга). Единичный генерализованный судорожный приступ 03.01.14 неуточненного генеза. Цереброастенический вестибулопатический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/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 220/130 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил 2М/500 1т сут. Гликемия –12,0-15,0 ммоль/л. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает кардиомагнил, эналаприл. С 03.01. по 13.01.14 стац лечение в ОЦПЛИ ЗОКБ с диагнозом: единичный генерализованый судорожный приступ. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.02.14 Общ. ан. крови Нв – 154 г/л эритр –4,1 лейк –5,3 СОЭ –7 мм/час

э- 2% п- 1% с- 65% л-21 % м- 11%

18.02.14 Биохимия: СКФ –106 мл./мин., хол –7,0 тригл -2,4 ХСЛПВП -1,37 ХСЛПНП -4,5 Катер -4,1 мочевина –3,6 креатинин – 102 бил общ –17,1 бил пр –4,3 тим –2,1 АСТ –0,48 АЛТ –0,64 ммоль/л;

18.02.14 Глик. гемоглобин -5,8 %

18.02.14 Анализ крови на RW- отр

21.02.14ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 83,0(0-30) МЕ/мл

### 18.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

21.02.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия –51,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.02 | 5,8 | 5,5 | 7,8 | 5,2 |
| 22.02 | 4,0 | 3,8 | 4,5 | 4,8 |
| 24.02 |  | 4,2 |  |  |

21.02Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к в/к IIст, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза на фоне стенозирующего атеросклероза МАГ. С-м внутренней заместительной гидроцефалии лобно-височной атрофии по данным РТ головного мозга. Единичный генерализованный судорожный приступ 03.01.14 неуточненного генеза. Цереброастенический вестибулопатический с-м.

08.01.14 Окулист ЗОКБ : Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.02ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

21.02Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

18.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

27.02.14 Р-графия стоп в прямых проэкциях: признаки субхондрального склероза, сужение межфаланговых суставов обеих стоп.

18.02РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.02.Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,4 см3; лев. д. V = 9,9 см3

Щит. железа не увеличена ерхняя граница нормы, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: амарил 2М/500, пентоксифеллин, пироцетам, эналаприл.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: амарил 2М/500 1т утром
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (крестор 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: эналаприл 2,5-5 мг \*1р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.
9. Рек. невропатолога: коексин 10 м/г в/м № 10, цераксон 500 ед 1т 2р/сут 1,5 мес, контроль ч/з 2 мес ЭЭГ картирование с послед конс. невропатолога.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ при необходимости.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.