#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 728

##### Ф.И.О: Блага Александр Иванович

Год рождения: 1962

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудный, ул Набережная 14-67

Место работы: ХЖРК шахта, эксплутац. Участок ВЩТ, подземный машинист

Находился на лечении с 22.05.13 по 31.05.13 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Начальная сенсорная полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ДДПП на шейном уровне(остеохондроз), с-м вертебро-базилярной недостаточности справа. С-м ПА с двух сторон, с-м венозной дизгемии. ХБП Iст. МКБ, конкремент правой почки. Гипертоническая болезнь I-II ст. Двухсторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость Iст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 5 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение рук.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (диаглизид, сиофор). В наст. время принимает: Диаглизид п/з-30 ед., Сиофор 850 1т 2р/д. Гликемия –10,0 ммоль/л. НвАIс - 11,1%.Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.05.13Общ. ан. крови Нв –165 г/л эритр – 5,0 лейк –5,2 СОЭ – 14мм/час

э-4 % п-1 % с- 59% л- 34% м- 2%

23.05.13Биохимия: СКФ –117 мл./мин., хол – 5,1тригл -1,76 ХСЛПВП -1,58 ХСЛПНП -2,72 Катер -2,22 мочевина –4,1 креатинин – 116 бил общ –17,9 бил пр –7,3 тим –3,2 АСТ – 0,1 АЛТ –0,34 ммоль/л;

### 23.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

22.05.13Суточная глюкозурия – 0,78 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.05.13Микроальбуминурия – 121,21мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.05 | 9,3 | 12,2 | 6,4 | 8,8 |
| 26.05 | 8,2 | 9,8 | 11,8 | 8,4 |
| 29.05 | 5,9 | 8,1 | 7,1 | 7,4 |

Невропатолог: Начальная сенсорная полинейропатия н/к. ДДПП на шейном уровне(остеохондроз), с-м вертебро-базилярной недостаточности справа. С-м ПА с двух сторон, с-м венозной дизгемии.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD=20 OS=20

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, начальные склеротические изменения. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

22.05.13ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь I стадии II степени

30.05.13ЭХО КС: КДР- 6,06см; КДО-174,2 мл; КСР- 37,9см; КСО-68,7 мл; УО-122,5 мл; МОК-9,0 л/мин.; ФВ- 66,49%; просвет корня аорты -3,80 см; АК раскрытие 2,32; ПЛП –3,6см; МЖП –1,08 см; ЗСЛЖ – 1,08 см; ППЖ-1,84 см; ПЛЖ- 6,06см; ТК- б/о; МК – м-образной формы По ЭХО КС: Уплотнение аорты и аортального клапана. Умеренное увеличение полости ЛЖ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП Iст. МКБ, конкремент правой почки. диаб. нефропатия,

24.05.13 Рграфия ШОП: признаки субхондрального склероза, выпряление шейного лордоза, характерно для остеохондроза.

ЛОР: двухсторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость Iст.

22.05.13Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: Эхопризнаки макроангиопатии по гипертоническому типу. Малый диаметр ПА. Признаки экстравазальных влияний на гемодинамику ПА лева с усилением в пробах на повороты головы. Снижение кровотока в сегменте V2-V4 позвоночных артерий, больше справа, вертебральная асимметрия 38-50% венозная дисгемия в системе ПВС. Снижение оттока по ВЯВ.

24.05.13Дупл. 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 1-2 ст, конкрементов в почках, обращает внимание увеличение размеров почек(диабетическая почка), изменений диффузного типа, кальцинатов в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи;

13.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 6,6 см3

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

Лечение: Диаглизид MR, сиофор, амарил, глюкофаж, бетасерк, диалипон, тивортин, актовегин, витаксон, кортексин.

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

Рекомендовано :

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

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 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: предуктал МR 1т. \*3р/д. 1 мес. Дообследование: ЭХО КС.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: L-лизин есцинат 10,0 на 2 мл аскорбной кислоты + 100 мг ф.р. в/в кап № 7. сермион 4 мг в/м № 10 затем 30 мг утр. 1 мес., кортексин 10 мг в/м № 10, вазокет 600 1т/сут 1 мес, бетосерк 24 мг 2р/сут до 3 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТПО по/мж.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д -1 мес.
10. Б/л серия. АБЖ № 503915 с 22.05.13 по 31.05.13. К труду 01.06.13г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.