#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1464

##### Ф.И.О: Грищай Сергей Васильевич

Год рождения: 1960

Место жительства: Пологовский р-н, Пологи, К-Маркс 506 - 27

Место работы: Вагонное депо ВЧД-4 водитель инв Ш гр.

Находился на лечении с 11.11.13 по 21.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. ИБС постинфарктный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимуществно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 34,5кг/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 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. 2008-2009 принимал терапию как участник клин. исследования с положительным эффектом. В наст. время принимает: сиофор 1000 2р/д. Гликемия –7,0-9,0 ммоль/л. НвАIс 9,4 % от 05.11.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 7 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.11.13Общ. ан. крови Нв – 156 г/л эритр – 4,7 лейк – 9,9 СОЭ –30 мм/час

э- 1% п- 1% с- 65% л- 25 % м- 8%

20.11.13лейк – 7,6 СОЭ –15 мм/час

12.11.13Биохимия: СКФ –119 мл./мин., хол –5,15 тригл -3,29 ХСЛПВП -1,11 ХСЛПНП – 2,54 Катер -3,6 мочевина –4,3 креатинин –98 бил общ –8,5 бил пр –1,4 тим – 4,3 АСТ –0,73 АЛТ –1,15 ммоль/л;

20.11.13 АСТ –0,66 АЛТ –0,83 ммоль/л;

15.11.13 К – 4,6 Na- 134 Са - 2,4 ммоль/л

19.11.13ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 12.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед в п/зр

14.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

13.11.13Суточная глюкозурия – 0,78 %; Суточная протеинурия – 0,046

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.11 | 9,5 | 14,3 | 10,5 | 10,5 |
| 14.11 |  | 9,3 |  |  |
| 18.11 | 7,0 | 9,8 | 8,2 | 8,8 |
| 20.11 | 6,0 |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II-III преимущественно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD= 20 OS=19

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

ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задей стенке. Гипертрофия ЛЖ. Нарушение коронарного кровообращения верхушечнобоковой области.

Кардиолог: ИБС постинфарктный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

ЭХО КС: КДР- 5,21см; КДО- 129,8мл; КСР- 3,85см; КСО-63,9 мл; УО-65,8 мл; МОК-5,5 л/мин.; ФВ-51 %; просвет корня аорты -3,48 см; По ЭХО КС: Фиброз аорты, АК, гпертрофия МЖП, гипокинезия ЗСЛЖ. Систолическая дисфункция ЛЖ. Минимальная митральная регургитация. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст, застоя в желчном пузыре. Нельзя исключить наличие микролитов в почках

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V = 6,4 см3

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

Лечение: сиофор, онглиза, сермион, небилет, тиогамма турбо, мильгамма, кортексин, актовегин.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, невропатологапо м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: Онглиза 5 мг 1т утром

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг ) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: небилет 2,5-5 мг\*2р/сут, кардиомагнил 75мг 1т. веч., аторвастатин 10 мг веч..Контроль АД, ЭКГ
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. до 2- х мес..
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. Направить на ВКК по м/ж для решения вопроса о рациональном трудоустройстве
9. Б/л серия. АГВ № 234136 с 11.11.13 по 21.11.13. К труду 22 .11.13г.

##### Леч. врач Гура Э.Ю.

И.о зав. отд. Ермоленко В.А.

Гл.врач Черникова В.В.