#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1160

##### Ф.И.О: Ноженко Василий Григорьевич

Год рождения: 1956

Место жительства: Васильевский р-н, Скельки, Новоселов 8

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 16.09.13 по 26.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП Ш ст. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш. Отдаленные последствия ишемического инсульта в правой гемисфере, русле СМА (2008), в виде пирамидной правосторонней недостаточности. Легкий атактический с-м. Гипертоническая болезнь Шст, Ш степени. Гипертензивное сердце. ИБС, стенокардия напряжения I-II ф. кл. CН-I. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Олтар 2 мг, Сиофор 850 веч. Гликемия – 9,8-8,11-7,8ммоль/л. НвАIс – 8,2 % от 11.09.13. Последнее стац. лечение в 2010г. Повышение АД в течение 10лет. АТТПО 7,6 от 2010.Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.09.13Общ. ан. крови Нв – 133 г/л эритр –4,2 лейк –5,0 СОЭ –23 мм/час

э- 0% п-2 % с- 70% л-23 % м-5 %

24.09.13 СОЭ – 16 мм\час

17.09.13Биохимия: СКФ –74,9 мл./мин., хол – 5,5тригл -1,86 ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП – 3,59Катер -4,18 мочевина –6,8 креатинин –120 бил общ –15,3 бил пр –4,3 тим –1,8 АСТ –0,37 АЛТ –0,88 ммоль/л;

23.09.13СКФ 82 мочевина – 7,9 креатинин 110

17.09.13Анализ крови на RW- отр

### 17.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,223 ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - в п/зр

24.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -250 белок – 0,200

18.09.13Суточная глюкозурия –0,82 %; Суточная протеинурия – 0,5г/сут

ТТГ взяты

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.09 | 10,7 | 14,3 | 9,9 | 7,5 |  |
| 21.09 | 5,5 | 13,1 | 8,3 | 9,3 |  |
| 24.09 |  | 10,2 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш. Отдаленные последствия ишемического инсульта в правой гемисфере, русле СМА (2008), в виде пирамидной правосторонней недостаточности. Легкий атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,1 н/к OS=0,1н/к ; ВГД OD= 22 OS=22

Множественные микроаневризмы, лазеркоагулянты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.09.13ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь Шст, Ш степени. Гипертензивное сердце. ИБС, стенокардия напряжения I-II ф. кл. CН-I

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

Допплерография: ЛПИ справа – 0,65, ЛПИ слева – 1,05. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst справа -II ст. слева - норма

УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,7 см3; лев. д. V = 9,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: олтар, сиофор, трифас, фенигидин, индапрес стамло, ацекор-кардио, атокор, эналаприл, валзап.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая закл невропатолога: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш. Отдаленные последствия ишемического инсульта в правой гемисфере, русле СМА (2008), в виде пирамидной правосторонней недостаточности. Легкий атактический с-м. степень тяжести со «средней» изменена на «тяжелую».

Рекомендовано :

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

сиофор (диаформин, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут. при склонность к гипергликемии повторная госпитализация в эндокриндиспансер для перевода на инсулинотерапию.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога:. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
4. Эналаприл 10 мг 2р\д, индап , кардиомагнил (ацекор-кардио) 1 т. вечер. Стамло 10 мг веч. , трифас 2,5 мг утром.Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в/м № 10, цераксон per os 1000мг/сут 2 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. С рез. ТТГ повторная конс. эндокринолога.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.