#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 709

##### Ф.И.О: Бойченко Анатолий Петрович

Год рождения: 1948

Место жительства: г. Запорожье, пр Ленина 44-45

Место работы: пенсионер, УБД № 248285

Находился на лечении с 03.06.14 по 19.06.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. ДЭП II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. ДДПП ШОП. ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Перелом проксимальной фаланги 1п левой стопы. Ожирение II ст. (ИМТ 35,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, в/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Олтар 4 мг утр., сиофор 1000\*2р/д, онглиза 5 мг утр. Гликемия –11,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает лориста 100, амлодипин 5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.06.14 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр – 4,3 лейк – 8,0 СОЭ –20 мм/час

э- 2% п- 2% с- 66% л-24 % м- 6%

04.06.14 Биохимия: СКФ –97 мл./мин., хол –4,44 тригл -2,94 ХСЛПВП -0,96 ХСЛПНП – 2,14Катер -3,6 мочевина –7,1 креатинин – 114 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим –1,6 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

06.06.14 Са - 2,45

10.06.14 С-реактивный белок - отр

04.06.14 Анализ крови на RW- отр

### 04.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-3 в п/зр белок – 0,112 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

05.06.14 Суточная глюкозурия –1,18 %; Суточная протеинурия – 0,472

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.06 | 7,8 | 9,8 | 9,8 | 9,8 |
| 09.06 | 10,8 | 12,7 | 13,8 | 12,1 |
| 13.06 | 10,3 | 13,9 | 13,8 | 12,6 |
| 16.06 | 11,4 | 12,1 | 10,0 | 9,0 |
| 18.06 | 9,0 | 12,9 | 13,4 | 10,7 |

Невропатолог: ДЭП II, сочетанного генеза вестибуло-атактический с-м. ДДПП ШОП. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к II, смешанная форма.

Окулист: Осмотр в палате

Артифакия ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.06ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Неполная блокада ПНПГ. Диффузные изменения миокарда.

05.06.Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

11.06.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.06.14 на Р-гр стоп определяется перелом основной фаланги 1п лев стопы.

13.06.14 Травматолог: перелом проксимальной фаланги 1п левой стопы.

04.06.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,5 см3; лев. д. V =4,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Амлодипин, сиофор, амлодипин, диаформин, амарил, индапрес, онглиза, тиоктацид, актовегин, нейробион, витаксон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Постпрандиальная гипергликемия связана с нарушением режима диетотерапии и физ. нагрузки. Проведена разъяснительная беседа. От инсулинотерапии в настоящее время отказывается, о чем имеется запись в истории болезни.

Рекомендовано :

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

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

онгшлиза 5 мг ( янувия 100 мг) 1р\сут.

1. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес, при необходимости решение вопроса об назначении инсулинотерапии, протеинурия 1р. в 3 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: эналаприл 5-10 мг \*1р/д., кардиомагнил 75мг 1т. веч.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. В настоящее время принимает лориста 100 мг/сут амлодипин 5 мг/сут.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д..
11. Рек. травматолога(ЗОКБ): осомтр в центре «диабетической стопы» 3-й ГБ. Геди на основе диклофенака. Осмотр сосудистого хирурга, кетанол дуо 1п при болях, наблюдение у хирурга.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.