#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 277

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

Год рождения: 1948

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

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.02.15 по 13.03.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, субкомпенсация. Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза Цефалгический с-м. Вестибуло-атактический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: амарил 4 мг утром, онглиза 5 мг утром, форксига 10 мг утром, сиофор 1000 мг 2р/д. Гликемия –5-14 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает лориста 100 мг, амлодипин 5 мг утр, кардиомагнил 75 мг веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.02.15 Общ. ан. крови Нв – 149 г/л эритр –4,7 лейк –5,8 СОЭ – 26 мм/час

э- 5% п- 2% с-52 % л- 34 % м-7 %

27.02.15 Биохимия: СКФ –88 мл./мин., хол –4,8 тригл -2,74 ХСЛПВП -0,95 ХСЛПНП -2,6 Катер -4,0 мочевина –5,8 креатинин –110 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим – 2,4 АСТ –0,49 АЛТ –1,07 ммоль/л;

27.02.15 Анализ крови на RW- отр

27.02.15 К – 47 Na - 133ммоль/л

### 27.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

02.02.15 Суточная глюкозурия – 3,2%; Суточная протеинурия – 0,785

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.02 | 9,3 | 9,4 | 17,7 | 10,7 |
| 03.03 | 8,0 | 6,7 | 8,5 | 12,9 |
| 06.03 |  |  |  | 11,9 |
| 11.03 |  |  |  | 9,2 |

26.02.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза Цефалгический с-м. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

26.02.15Окулист: (осмотр в палате)

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

26.02.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПН. Нарушение коронарного кровообращения верушечо-боковой области. Диффузные изменения миокарда.

26.02.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН I Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

10.03.15 Осмотр асс каф Ткаченко О.В.: диагноз см. выше.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.02.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

11.03.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени 1-2 ст; с увеличением её размеров, , застоя в ж/пузыре, гиперплазии, изменений диффузного типа в паренхиме простаты с увеличением объема остаточной мочи

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: сиофор, амарил, онглиза, форксига, лориста, амлодипин, кардиомагнил, диалипон, пирацетам, витаксон

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/70 мм рт. ст. От назначения инсулинотерапии в настоящий момент отказывается.

Рекомендовано:

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

диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.

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

форксига 10 мг утром.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., 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: нолипрел форте 1т\*утром, адмлодипин 5-10 мг 1р/д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолог глиатилин 1000 мг в/м № 10 затем 1к 2р\сут до 2 мес. сермион 4мг в/м № 10 затем 30 мг утр. 3 мес
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек. асс .каф. Ткаченко О.В.: к лечению статины – розувастатин 75 мг на ночь, глик. гемоглобин, маркеры вир. гепатита В и С, гепатопротекторы ( урсосан 250 мг 2т на ночь), решение вопроса о переводе на инсулинотерапию.
10. Рек. окулиста: оптикс 1т.\*1р/д. конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.