#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 637

##### Ф.И.О: Будько Владимир Иванович

Год рождения: 1941

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 23в - 44

Место работы: Председатель правления ЧАО «Аптеки Запорожья» инв II гр

Находился на лечении с 18.05.16 по 01.06.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляций предсердий СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДЭП 1-ш сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. Болезнь Паркинсона, ригидно-дрожательная форма. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, узловой зоб. Узлы правой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, никтурия до 2раз за ночь

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания диетотерапия. С 2010 принимает ССП. В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром, диафомрин 1000 веч. Гликемия –8,0-11,0 ммоль/л. НвАIс – 6,4 % от 12.2015. Боли в н/к в течение 2-3 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает микардис 80 мг веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.05.16 Общ. ан. крови Нв –134 г/л эритр –4,0 лейк –5,50 СОЭ –28 мм/час

э- 1% п- 2% с- 78% л- 16 % м-4 %

25.05.16 Общ. ан. крови Нв –127 г/л эритр –3,9 лейк –7,9 СОЭ –28 мм/час

э- 2% п- 1% с- 66% л- 28 % м-3 %

19.05.16 Биохимия: СКФ –77,6 мл./мин., хол –3,6 тригл – 1,92ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП -1,7 Катер -2,5 мочевина –7,9 креатинин – 119 бил общ – 13,8 бил пр – 3,4 тим – 6,7 АСТ – 0,47 АЛТ –0,58 ммоль/л;

20.05.16 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0)мМЕ/мл АТТПО – 72 (0-30) МЕ/мл

20.05.16 К – 4,7 ; Nа –136 ммоль/л

20.05.16 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 55,6 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 23%; св. гепарин – 78\*10-4 МНО – 2,62

### 19.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 3-4 в п/зр белок – 0,047 ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

23.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 750белок – 0,102

24.05.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 27.05.16 Микроальбуминурия –23,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.05 | 10,2 | 10,0 | 10,2 | 8,2 |
| 23.05 | 9,5 | 12,3 | 8,3 | 6,1 |
| 26.05 | 6,9 | 7,7 | 4,0 | 4,8 |
| 27.05 |  |  | 4,2 |  |
| 30.05 | 6,8 |  |  |  |

20.05.16Невропатолог: ДЭП 1-ш сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) цереброастенический с-м. Болезнь Паркинсона, ригидно-дрожательная форма. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

19.05.16Окулист: (осмотр палате)

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. В макулярной области ОД дистрофический очаг. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулярная дегенерация ОД

30.5.16ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

26.05.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляции предсердий СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

19.05.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.05.16 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше.

19.05.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,2 см3; лев. д. V =8,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр доле в с/3 ихоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,77\*1,33 с мелкими гидрофильными включениями. рядом такой же узел с широким гидрофильным ободком 1,1\*0,9 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. узлы правой доли.

Лечение: бисопролол, бритамар, декрис, пропоран, кливас, дигоксин, микардис, варфарин, амарил, диаформин, арфе-комби, тиогамма турбо, актовегин, мильгамма, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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 ) 3-4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут. при недостаточном эффекте форксига 10 мг п\з

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг, предакса 150 мг, нолипрел 1т утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., варфарин по схеме под контролем МНО. Контроль АД, ЭКГ.
5. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 2р/год. ТАПБ узлов щит. железы повторный осмотр с результатами.
7. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, оптикс форте 1т 1р\д
8. Б/л серия. АГВ № 235293 с 18.05.16 по 01.06.16. К труду 02.06.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.