#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 203

##### Ф.И.О: Хмура Анатолий Петрович

Год рождения: 1966

Место жительства: .Энергодар ул. Набережная 24-45

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.02.17 по 23.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2,средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. МКБ, конкременты обеих почек, пиелонефрит в ст. обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 12 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: глюкофаж XR 1000 веч. Гликемия –17,4 ммоль/л. НвАIс – 11,9 % от 2301.17. Боли в н/к в течение года. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.02.17 Общ. ан. крови Нв –16 г/л эритр –4,8 лейк –7,3 СОЭ – 16 мм/час

э- 0% п- 0% с- 66% л- 24% м- 10%

10.02.17 Биохимия: СКФ 110,7 мл./мин., хол –4,6 тригл -1,73 ХСЛПВП -0,84ХСЛПНП – 3,0Катер -4,5 мочевина –3,3 креатинин – 98 бил общ –17,9 бил пр –4,4 тим 0,72– АСТ – 0,79 АЛТ – 1,14 ммоль/л;

### 10.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – ½ в п/зр белок – 0,0,55 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

14.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 88000 эритр - белок – отр

21.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 93000 эритр -500 белок – 0,046

13.02.17 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – 0,128

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.02 | 10,2 | 14,7 | 10,3 | 11,8 |
| 14.02 | 9,0 | 10,6 | 8,8 | 10,4 |
| 17.02 | 8,9 | 7,2 | 5,5 | 8,7 |
| 19.02 | 6,9 | 5,0 | 5,0 | 7,7 |

19.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

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

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. сосуды умерено расширены, извиты, не выраженный ангиосклероз. В макулярной области без особенностей.

09.0.17ЭКГ: ЧСС - 109уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

14.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

10.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.02.17Нефролог: ХБП I ст.: МКБ, конкременты обеих почек, пиелонефрит в ст. обострения. артериальная гипертензия.

13.02.17РВГ: Нарушение кровообращения Iст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

17.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров. Перегиба желчного пузыря в области шейки застоя в желчном пузыре. Множественных конкрементов почках без нарушения урокинетики. Изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ.

09.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,5 см3; лев. д. V = 7,6 см3

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

Лечение: эналаприл, индапрес. Глюкофаж, норфлоксацин, диаглизид, небивалол, тиоктацид, мильгамма, тивортин, нуклео ЦМФ, стеатель.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии через 3 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: небивалол 5-10 мг утром, хипотел 40 мг 1р\д.Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
7. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
8. Рек. нефролога: Адекватная гипотензивная наблюдение и лечение у уролога.
9. Контроль ОАК в динамике.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.