#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 5

##### Ф.И.О: Короташ Василий Ильярович

Год рождения: 1949

Место жительства: г. Запорожье ул. 40 л. Победы 13-26

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.01.16 по 15.01.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХН II б. Трофическая язва 1п левой стопы. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, диффузный кардиосклероз. Неполная блокада ЛНПГ. СН 1. САГ II ст Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на грудном, поясничном уровне и, вертеброгенная люмбоишалгия слева , болевой с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Остеоартроз коленных суставов Ro II –Ш, суставов стоп Ro I-II. СФН 1- II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 155/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, гиперемию, отек, трофическая язва 1п левой стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор). В наст. время принимает: глюкофаж 850 2р/д. С 09.12.15 на 21.02.16 получала стац лечение в отд диабетической стопы 3-й гор. больницы по поводу троф . язва 1 п левой стопы. Гликемия –10,5-12,4 ммоль/л. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.01.16 Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр –3,7 лейк – 4,2 СОЭ –8 мм/час

э- 6% п- 0% с- 57% л- 29 % м- 8%

05.01.16 Биохимия: СКФ –88 мл./мин., хол –4,21 тригл -2,0 ХСЛПВП – 1,0ХСЛПНП -2,30 Катер -3,2 мочевина –7,7 креатинин –7,7 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –1,4 АСТ – 0,16АЛТ – 0,34 ммоль/л;

05.01.16 Глик. гемоглобин – 7,6%

05.01.16 Анализ крови на RW- отр

05.01.16 мочевая кислота – 395,2 (<476,0)

### 05.01.16 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – на ½ в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

08.01.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

06.01.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 06.01.16 Микроальбуминурия – 46,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.01 | 8,2 | 10,1 | 9,5 | 9,5 |
| 10.01 | 5,3 | 6,4 | 8,7 | 6,0 |
| 12.01 | 6,6 | 7,3 | 7,9 | 6,6 |

05.01.16Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на грудном, поясничном уровне и, вертеброгенная люмбоишалгия слева , болевой с-м.

14.01.16Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,8 ;

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

04.01.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада ЛНПГ.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, Неполная блокада ЛНПГ. СН 1. САГ II ст.

05.01.16 на р-гр левой стопы в 2х проекциях определяется сужение уставных щелей и субаортального склероза в 1м плюснефаланговом с-ве и в межфаланговых дистальных II, Ш, IV п стопы.

04.01.16 ФГ без патологии

15.01.16 Ревматолог: Остеоартроз коленных суставов Ro II –Ш, суставов стоп Ro I-II. СФН 1- II.

04.01.16Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХН II б. Трофическая язва 1п левой стопы.

13.01.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3 ст, с увеличением её размеров, застоя желчном пузыре, функционально раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 1 ст.

06.01.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: глюкофаж, комбоглиза, тивортин, нуклео ЦМФ, тиогамма, мидокалм

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли, гиперемия в н/к, трофическая язва покрыта сухой корочкой. АД 130/80 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: комбоглиза 5/500 утром

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*веч

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 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: арифон ретард 1 т, фитосед 1к 3 р\д.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
7. Рек. невропатолога: ксефокам рапид 8 мг\сут 7 дней.
8. Рек ревматолога: ограничение физ, нагрузки на суставы, ЛФК, пиаскледин 300 1к утром с едой до 3 мес, мелоксикам 1,5 л в/м 1р\д 5 дней затем в табл 15 мг 1р\д 10 дней, серрата 2т 3р/д 5 дней, затем 1т 1р\д 5 дней, Лазеро-магнитотерапия на 1п левой стопы № 10. Наблюдение терапевта хирурга, эндокринолога.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.