#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 154

##### Ф.И.О: Гордиенко Владимир Александрович

Год рождения: 1960

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Б Хмельницкого 23

Место работы: ООО « Украинский дистрибьюторный центр» охранник

Находился на лечении с 06 .11.17 по 16.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма, длительно незаживающая трофическая язва (трещина) 1п левой стопы 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце, СН 0-I. Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебростенический с-м. Незрелая катаракта OS, начальная ОД Плечелопаточный периартрит слева. Полиостеоартроз Ro1- II. НФС 0-1. Язвенная болезнь активная фаза. Эрозивный рефлюксэзофагит. Хронический гастрит, обострение. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Хронический панкреатит в стадии обострения, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. ДГПЖ 1 ст, хроническая задержка мочи.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3-4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение пальцев обеих стоп и кистей, повышение АД макс. до 165/100 мм рт.ст., головная боль, головокружение, шум в голове.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП: диаформин, диапирид, глюкофаж, диабетон MR. В наст. время принимает: Диабетон MR 30 мг утром, глюкофаж 1000 мг веч. Гликемия – 12ммоль/л. НвАIс -8,27% от 10.2017. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг, лоспирин 1т утром, этсет 20мг, Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.11 | 152 | 4,7 | 5,6 | 14 | 2 | 3 | 63 | 29 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.11 | 98,5 | 4,52 | 2,3 | 0,98 | 2,48 | 3,6 | 3,4 | 80 | 23,0 | 5,3 | 2,6 | 0,22 | 0,33 |

07.11.17 К – 4,46 ; Nа – 136 Са++ -1,07 С1 - 99 ммоль/л

10.11.17 С- реактивный белок – 8,9 ,ПСА общ – 2,16 ПСА св -0,15

### 07.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

10.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

13.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

08.11.17 Суточная глюкозурия – 1,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.11.17 Микроальбуминурия –220,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.11 | 9,9 | 10,2 | 8,2 | 11,0 |
| 09.11 | 6,8 | 8,7 | 10,6 | 8,6 |
| 12.11 | 6,9 | 13,6 | 7,9 | 8,0 |
| 14.11 | 7,8 | 15,5 | 9,9 | 10,5 |
| 15.11 |  |  |  |  |

13.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5),,Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Плечелопаточный периартрит слева? Рек: келтикан 1т 3р/д, неогабин 75мг утром +150 мг веч, аркоксия 90 мг 1р/д 7 дней.

13.11.17 Окулист: VIS OD= 0,4 н/к OS= 0,4 н/к ;

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды неравномерного калибра, извиты, склерозированы. Вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст.В макуле без особенностей. ед, микрогеморрагии. Д-з: Незрелая катаракта OS. начальная ОД. диабетическая ангиоретинопатия ОИ

06.11.17 ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.11.17 Ревматолог: Полиостеоартроз Ro1- II НФС 0-1 Рек: пиаскледин 300мг 1т утром, до 3 мес, брексин 1т 1р/д10 дней при болях, серрата 1т3р/д 1одней, лазеро- магнитотерапия на стопы № 10, ЛФК, ортопедические стельки

10.11.7Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4. Рек. кардиолога: эналаприл 10-20 мг2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

09.11.17 гастроэнтеролог: Язвенная болезнь активная фаза. Эрозивный рефлюксэзофагит. Хронический гастрит, обострение. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Рек: стол № 5, режим питания, гастронорм (де-нол) по 2т 2р/д за 30 мин до еды 2-4 нед, эзолонг 40 мг 1к 2р/д. холелесан 1т 3р/д за 15мин до еды 1 мес.

14.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст плетол 100 мг1т2р/д, этсет 20 мг 1р/д.

14.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма, длительно незаживающая троф. язва (трещина) 1п левой стопы 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации. Рек: актовегин № 10, веносмин1т2р/д 2 мес, обработка бетадином, солевые ванночки, р-гр обеих стоп в плановом порядке, рентгенотерапия, физиотерапия, антибиотикотерапия ( цефтриаксон 1,0 в/м 2р/д3дня)

13.11.7 Уролог: ДГПЖ хр. задержка мочи. МКД.

08.11.17 на Р-гр обеих стоп признаки субхондрального склероза, перестройка костной структуры в 1х плюснефаланговых и в межфаланговых суставах с обеих сторон.

06.11.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.11.17 ФЭГДС: эрозивный эзофагит, атрофическая гастропатия. Рубцовая деформация луковицы ДПК.

06.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4см3; лев. д. V = 6,9 см3

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

Лечение: Диабетон MR, сиофор, армадин, тризепин, солкосерил, кокарнит, тиогамма, индапрес, эналаприл, цефтриаксон, Генсулин Н

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Пациенту назначена комбинированная ССТ.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/уж 22 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 6 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д , индапрес (индап) 2,5 мг утром,. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. Рек невропатолога: келтикан 1т 3р/д, неогабин 75мг утром +150 мг веч, аркоксия 90 мг 1р/д 7 дней.
6. Рек хирурга: продолжить ежедневные перевязки.
7. Рек уролога: фокусин 1т1р/д, простан уно, тутукон по схеме
8. Рек гастроэнтеролога: стол № 5, режим питания, гастронорм (де-нол) по 2т 2р/д за 30 мин до еды 2-4 нед, эзолонг 40 мг 1к 2р/д. холелесан 1т 3р/д за 15мин до еды 1 мес.
9. Рек ревматолога: пиаскледин 300мг 1т утром, до 3 мес, брексин 1т 1р/д10 дней при болях, серрата 1т3р/д
10. Б/л серия. АДГ № 6716 с 06.11.17 по 16.11.17. к труду 17.11.17

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.