#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 905

##### Ф.И.О: Борщаговский Виктор Юрьевич

Год рождения: 1962

Место жительства: Энергодар ул. Казацкая 17а – корп II кв 22

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 04.07.18 . по  13.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Атеросклероз н/к. посттромбофлебитический с-м обеих н/к. Вторичное варикозное расширение вен. ХВН в стадии декомпенсации. Трфическая язва в/3 пр. голени. Трофическая язва в области левого г/стопного сустава. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 32,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ДЭП II ст Сочетанного генеза церебрастенический с-м, вестибулоатактический с-м. Хр. простатит ст нестойкой ремиссии. МКБ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/100 мм рт.ст., головные боли, колющие боли в области сердца, отеки левой н/к, наличе трофических язв в/3 правой голени и в области левого г/стопного с-ва, пекущие боли в левой стопе преимущественно в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. при обращении к травматологу по поводу длительно незаживающей раны. При обследовании выявлена гипергликемия 8,0-10,0 ммоль/л. С момента выявления принимал ССТ ( название не помнит). Около 4х лет принимает метформин , Диабетон MR. Комы отрицает. В наст. время принимает: диаглизид 60 мг утром , метамин 1000 мг 2р/д Гликемия –10-13-17 ммоль/л. НвАIс – 8,7 % от 04.07.18. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 1 мг, эналаприл 20 мг. В анамнезе Сг кожи правой голени Т2N0M0, состояние после иссечения опухоли в/3 правой голени. Варикозное расширение вен н/к. ХВН. ПТФС. Костный анкилоз левого г/стопного с-ва (после травмы). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.07 | 166 | 4,9 | 5,8 | 30 | |  | | 2 | 2 | 72 | 22 | | 2 | | |
| 12.07 |  |  |  | 26 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.07 | 108 | 6,1 | 2,1 | 0,93 | 4,2 | | 5,5 | 3,6 | 7,7 | 18,06 | 4,4 | 3,1 | | 0,42 | 1,07 |

05.07.18 ПСА общ – 0,4 ( 0-4,0) ПСА св – 0,134 ( 0-0,420)

05.07.18 К – 4,0 ; Nа –140 Са++ -1,14 С1 – 99 ммоль/л

### 05.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -1-2 в п/зр

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

06.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,080

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.07 | 8,9 | 10,3 | 4,7 | 8,3 |  |
| 08.07 | 9,5 | 11,5 | 5,0 | 6,2 |  |
| 11.07 |  |  | 5,0 | 6,3 |  |
| 12.07 | 6,6 |  |  |  |  |

09.06.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7). ДЭП II ст Сочетанного генеза церебрастенический с-м, вестибулоатактический с-м

05.07.18 Окулист: Уплотнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены уплотнены, микроаневризмы, друзы. В макуле рефлекс сохранен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ

03.07.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.07.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т утром, при недосточном эффекте амлодипин 5-10 мг сут Контроль АД. Дообследование ЭХОКС

04.07.18 Ангиохирург: Атеросклероз н/к. посттромбофлебитический с-м обеих н/к. Вторичное варикозное расширение вен. ХВН в стадии декомпенсации. Трофическая язва в/3 пр. голени. Трофическаяя язва в области левого г/стопного сустава.

11.07.18 Уролог: хр. простатит ст нестойкой ремиссии. МКБ.

03.07.18 Дупл сканирование артерий н/к : эхопризнаки атеросклеротического стено-окклюзирующего поражения артерий н/к ( окклюзия бедренно-подколенного сегмента справа на уровне ГБП, стеноз ОБА и ПкА с обеих сторон 30-50%).

03.07.18 Дул сканирование вен н/к: эхорпизнаки ПТФ-изменений ПБВ и Пкв обеих н/к и СВ и малПВ правой н/к. Эхопризнаки варикозной деформации системы обеих БПВ с несостоятельным сафено-феморальным соустьем слева и расширенными перфорантами с обеих сторон

11.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки мелких конкрементов в почках без нарушения уродинамики. Изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 1 ст.

12.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,0 см3; лев. д. V = 6,0см3

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

Лечение: мефармил, диаглизид, эналаприл, амлодипин, асафен, вазилип, торадив, индапрес, нормовен, неогабин, латрен, диалипон, L-лизин эсцинат, параплексин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг 2т перед ужином.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг 2р/д , амлдипин 5 мг веч, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, парапллексин 1,0 1,5% № 10, витамины гр В,, неогабин 150 мг 2р/д.
7. Рек уролог: флосин 1т 1р/д № 90, свечи метилуроциловые 2р/д 14 дней туткон по схеме, канефрон 15 к зр/д 20 дней, сан кур лечение в г. Трускавец .
8. Анализ крови на ТТГ, АТТПО с послед. конс. эндокринолога.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.