#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 158

##### Ф.И.О: Бекаури Владимир Георгиевич

Год рождения: 1969

Место жительства: Пологовский р-н с. Чубаревка ул. Молодежная 8

Место работы: ТОВ «АФ» Батькивщина зам директора по хоз. части.

Находился на лечении с 01.02.17 по 09.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Хроническая диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение Ш ст. (ИМТ 46кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Незрелая катаракта, оперированная высокая миопия, ангиопатия сетчатки ОИ. Помутнение роговицы ОД. ДЭП II преимущественно в ВБС, патология МАГ (извитость ВСА) стенозирующий атеросклероз ,цефалгический с-м, ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н30/70 п/з- 52ед., п/у-52ед., диаформин 850 2р/д. Гликемия – 9,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 9,3 % от 07.01.17 . Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает энап 10 мг утром. Диффузные изменения в щит. железе с 2012 АТТПО – 28 (0-30) МЕ/мл, избыточный вес – много лет последние 3 года стабильный. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.02.17 Общ. ан. крови Нв –163 г/л эритр –4,9 лейк – 8,9 СОЭ –2 мм/час

э- 3% п- 1% с- 43% л- 45 % м-8 %

03.02.17 Биохимия: СКФ –164 мл./мин., хол –4,7 тригл – 2,6 ХСЛПВП 0,83 ХСЛПНП – 2,7Катер -4,7 мочевина – 4,2 креатинин –103,4 бил общ –11,4 бил пр –2,8 тим – 1,7 АСТ – 0,59 АЛТ –0,96 ммоль/л;

02.02.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

02.02.17 ; К –4,32 ; Nа –142,3 Са – 2,1 С 1 - 105 ммоль/л

### 02.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

06.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - белок – отр

03.02.17 Суточная глюкозурия – 1,83%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.02 | 8,7 | 9,4 | 10,9 | 8,8 | 7,5 |
| 09.02 | 9,6 |  |  |  |  |

02.02.17Невропатолог: ДЭП II преимущественно в ВБС, патология МАГ ( извитость ВСА) стенозирующей атеросклероз, цефалгический с-м, Хроническая диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

02.07.17Окулист: VIS OD=0,9 сф- 4,0 =0,3 OS=0,4 сф- 0,75 =0,5 ; ВГД OD= 21 OS=22

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены, извиты, склерозированы, извиты, склерозированы, вены неравномерного калибра. Салюс II. В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: незрелая катаракта , оперированная высокая миопия, ангиопатия сетчатки ОИ. Помутнение роговицы ОД. .

01.02.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.02.17Осмотр доц кафедры Соловьюк А. О: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

02.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.02.17РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

08.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 3ст ; с увеличением её размеров и размеров селезенки, без четких признаков портальной гипертензии, перегиба желчного пузыря и в /3тела и в области шейки, кисты левой почки, нельзя исключить наличие микролитов почках.

01.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 6,0 см3

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

Лечение: энап, диаформин, карведилол, диаформин, этсет, кардиомагнил, Фармасулин НNP, берлитион, актовегин, мильгамма, эссенциале, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются боли в н/к, преимущественно в ночное время. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, решением отборочной комиссии, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № путевки 185090

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 52-54ед., п/уж -52-54 ед., .

ССТ: 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) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Энап 10 мг утром, карведилол 12,5 г утром. этсет 10 мг, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
6. Рек. окулиста: В плановом порядке оперативное лечение катаракты.
7. Б/л серия. АГВ № 235620 с 01.02.17 по 09.02.17. продолжает болеть. С 10.02.17 б/л серия АГВ № 235621 на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай»

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В