#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 151

##### Ф.И.О: Помогайко Виктор Павлович

Год рождения: 1968

Место жительства: Василевский р-н, с. Долинка ул, Победы 46

Место работы: ООО «Лиана» управляющий.

Находился на лечении с 31.01.17 по 13.02.17 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 III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Правосторонняя геникомастия. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м, Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор, амарил, онглиза). На прием сиофора послабление стула. В наст. время принимает: амарил 2 мг утром, онглиза 5 мг утром. АИТ с 2016 ТТГ – 0,5 ( 0,3-4,0) АТТПО – 140 ( 0-30). Гликемия –8,9-13,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 4 лет. Гипотензивную терапия принимает нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.02.17 Общ. ан. крови Нв –158 г/л эритр – 4,8лейк – 5,7 СОЭ – 5 мм/час

э- 1% п-0% с- 71% л- 24% м- 4%

03.02.17 Биохимия: СКФ –145,6 мл./мин., хол –5,1 тригл – 3,3ХСЛПВП -0,84 ХСЛПНП – 2,8Катер 5,1- мочевина –3,88 креатинин –94 бил общ –28,5 бил пр –6,2 тим –1,48 АСТ –0,39 АЛТ –0,93 ммоль/л;

10.02.17бил общ –19,6 бил пр –4,9 тим –1,53 АСТ –0,31 АЛТ –0,58 ммоль/л;

10.02.17 ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

### 06.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.02.17 Суточная глюкозурия – 0,43%; Суточная протеинурия – отр

##### 09.02.17 Микроальбуминурия – 41,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.02 | 6,9 | 6,8 | 4,7 | 6,5 |
| 08.02 | 6,7 | 6,6 | 6,5 | 5,2 |

03.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

03.02.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие умеренно извиты, вены уплотнены Салюс II. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

31.01.17ЭКГ: ЧСС – 67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм , предсердный . Эл. ось отклонена влево. Дистрофические изменения миокарда.

06.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

03.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.02.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

09.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров и размеров селезенки; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, обращает внимание увеличение размеров почек при сохраненной структуре, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 1..

31.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,1 см3; лев. д. V =6,6 см3

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

08.02.17 УЗИ грудной железы: в околососковой области справа визуализируется железистая ткань с элементами жировой ткани слоем 3,5 см. Очаговых образований не вявлено. В околососковой области слева визуализируется жировая ткань2,0 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Правосторонняя гинекомастия

Лечение: амарил, онглиза, тиогамма, актовегин, мильгамма, стеатель, нуклео ЦМФ, эналаприл

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: диапирид (амарил, олтар ) 2мг 1т. \*1р/сут. п/з.,
4. Онглиза 5 мг утром
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: амлодипин 5-10 мг веч, нолипрел би форте 1т\*утром Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
9. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
11. УЗИ щит. железы, грудных желез 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. .
12. Б/л серия. АГВ № 2356 с 31.01.17 по 13.02.17. к труду 14.02.17

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В