#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 969

##### Ф.И.О: Бадалаян Камо Грантович

Год рождения: 1965

Место жительства: Г-Польский р-н, г. Г поле, ул. Франко, 125

Место работы:

Находился на лечении с 07.08.14 по 18.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст, стеноз ПББА с двух сторон. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст в сочетании с инфекцией мочевыделительных путей. Диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма, прогрессирующие течение, нейропатический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Венозная дисгемия с частыми кризами цефалгии, эмоционально волевые нарушения, стойкая диссомния. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальные проявления нейрогенного мочевого пузыря. Хр баланопостит. Ожирение IV ст. (ИМТ 45кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, чувство дискомфорта в правом подреберье, макс. повышение АД до 160/80 мм рт. ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Сиофор 1000 утр. Гликемия –10,7 ммоль/л. НвАIс – 10,2 % от 6.08.14. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 5-6 лет. Наблюдается у кардиолога по м/ж с диагнозом: «Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.» гипотензивные препараты принимает нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.08.14 Общ. ан. крови Нв – 164г/л эритр –5,0 лейк –4,7 СОЭ –15 мм/час

э-0 % п- 1% с- 58% л- 37 % м- 4%

08.08.14 Биохимия: СКФ –164 мл./мин., хол –6,8 тригл -4,32 ХСЛПВП -1,10ХСЛПНП -3,73 Катер - 5,2 мочевина –5,9 креатинин – 83 бил общ –13,3 бил пр –3,3 тим –5,0 АСТ – 0,48 АЛТ – 0,57 ммоль/л;

### 08.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –5-6 в п/зр белок – 0,356 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

14.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5500 эритр -1000 белок – отр

13.08.14 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – 0,3008

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.08 | 9,6 | 8,9 |  | 13,2 |
| 11.08 | 7,6 | 8,2 | 7,8 | 9,7 |
| 14.08 | 10,0 | 8,0 | 6,4 | 7,3 |
| 18.08 | 8,9 |  |  |  |

14.08.14Невропатолог клинка Визус ( Полковникова Н.П.): Диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма, прогрессирующие течение, нейропатический с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Венозная дисгемия с частыми кризами цефалгии, эмоционально волевые нарушения, стойкая диссомния.

Окулист: VIS OD=0,9 OS=0,9

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

07.08ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Выраженные изменения миокарда.

2013Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

11.08.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст, стеноз ПББА с двух сторон.

08.08.РВГ:. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

13.08. Уролог ЗОКБ: Диабетическая нефропатия. Начальные проявления нейрогенного мочевого пузыря. ХР баланопастит.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Стеноз ПББА справа 33-35%, слева 31-34 %.

13/08УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии, с увеличением её размеров, конкрементов в желчном пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

Лечение: индапрес, сиофор, рамиприл, крестор, онглиза, канефрон, тиогамма турбо, актовегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, ангиохирурга, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: онглиза 5 мг п/з

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (крестор 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рамиприл 2,5 мг утром, индапрес 2,5 мг утром. Контр. АД. Конс кардиолога по м/ж для коррекции гипотензивной терапии.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.
6. Рек. невропатолога: дообследование УЗД МАГ + транскраниальная сонография, при возможности МРТ головного мозг. Повторный осмотр.
7. Рек. уролога: при обострение баланопастита местно пантестин Дарница. Наблюдение уролога, канефрон 2т 3р/д 1 мес.
8. Рек ангиохирурга: крестор 20 мг 1т 1р\д длительно, дизгрен 1т 1р\д длительно, супрелекс 2т 2\д 2 мес, тамалате В6 1т 3р\д 1 мес.
9. Конс хирурга по поводу ЖКБ для определения дальнейшей тактики ведения больного.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/ Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.