#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 373

##### Ф.И.О: Сазбандян Марине Шуриковна

Год рождения: 1969

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

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 17.03.14 по 29.03.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст САГ IIст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС 1. С-м венозно ликворной дисфункции на фоне ДДПП ШОП ( остеохондроз). Ожирение II ст. (ИМТ 36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, боли в прекардиальной области, чувство дискомфорта в эпигастральной области, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 38ед., глюкофаж 1000\*2р/д. Гликемия –16,09 ммоль/л. НвАIс -11 % от 14.03 . Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает дилтиазем ретард 90 мг 2р\д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.03.14 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,3 лейк – 8,5 СОЭ –30 мм/час

э-5 % п- 1% с- 53% л- 35 % м- 6%

18.03.14 Биохимия: СКФ –124 мл./мин., хол –6,6 тригл -2,55 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -4,2 Катер -4,4 мочевина –3,0 креатинин –79 бил общ – 11,2 бил пр –2,8 тим – 5,1 АСТ – 0,74 АЛТ – 1,0 ммоль/л;

26.03.14 бил общ – 12,4 бил пр –3,1 тим – 4,5 АСТ – 0,73 АЛТ – 0,87 ммоль/л

25.03.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

18.03.14 Анализ крови на RW- отр

### 18.03.14 Общ. ан. мочи уд вес м лейк –2-3 в п/зр белок – 0,136 ацетон –отр; эпит. пл. – много; эпит. перех. –ед; уретр -ед. в п/зр

27.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – 0,169

24.03.14 Суточная глюкозурия – 0,64 %; Суточная протеинурия – 0,138 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.03 | 8,1 | 8,2 | 11,8 | 11,8 |
| 21.03 | 7,7 | 7,4 | 9,5 | 11,2 |
| 23.03 | 6,7 | 8,9 | 6,4 | 7,7 |
| 26.03 | 7,1 | 7,6 | 6,5 | 5,6 |

20.03Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС 1. С-м венозно ликворной дисфункции на фоне ДДПП ШОП ( остеохондроз). Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма.

25.03Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6

Артерии сужены, начальные склеротические изменения. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.03ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

21.03Кардиолог: САГ II ст.

ЭХО КС: КДР-5,1 см; КСР-3,2 см; ФВ- 67%; просвет корня аорты -2,8 см; АК раскрытие - N; ПЛП – 3,8 см; МЖП – 1 см; ЗСЛЖ 1– см; ППЖ- 2,5см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гемодинамически незначимой регургитации 1 ст на ТК, склеротических изменений створок АК, мк и стенок аорты. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

18.03Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.03РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.03Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.03УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст, фиброзирования поджелудочной железы.

24.03. На р-гр ПОП начальные проявления остеохондроза, снижение высоты дисков, субхондральный склероз. Снижение высоты и смещение тел позвонков не выявлено.

18.03УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0см3; лев. д. V =6,7 см3

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

Лечение: Хумодар Б100Р, глюкофаж, тиогамма, актовегин, нуклео ЦМФ, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, невропатола, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 38-40ед., п/у-6-8 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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. Рек. кардиолога: дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.
6. Рек. невропатолога: Виносмин по1т 2р/сут до 1,5 мес.
7. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.
8. Канефрон 2т. \*3р/д. 4-8 нед.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.