#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 349

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

Год рождения: 1969

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

Место работы: н/р, инв гр

Находился на лечении с 15.03.16 по 28.03.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. САГ II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза цереброастенический с-м. Плечелопаточный периартроз с нарушением функции правой в/к. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника с-м цервикалгия, хроническое рецидивирующее течение. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги в/к, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, ограничение движения в пр. плечевом суставе, боли в поясничной области, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 44ед., п/у-14 ед.. Гликемия –14,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 5-6 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.03.16 Общ. ан. крови Нв – 125 г/л эритр – 3,9 лейк –7,7 СОЭ –25 мм/час

э- 4% п- 1% с-44 % л- 49% м- 2%

16.03.16 Биохимия: СКФ –105 мл./мин., хол –7,3 тригл -2,58 ХСЛПВП -1,4 ХСЛПНП -4,7Катер -4,2 мочевина –4,1 креатинин – 92,8 бил общ – 14,0 бил пр –3,6 тим –5,6 АСТ – 0,79 АЛТ –1,5 ммоль/л;

22.09.16бил общ –13,5 бил пр – 3,4тим – 5,6АСТ – 0,81 АЛТ – 1,84 ммоль/л;

18.03.16 К – 3,90 ; Nа – 137 Са – 2,38 ммоль/л

### 16.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 1-3 в п/зр белок – 0,235 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

21.03.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,234

18.03.16 Суточная глюкозурия –0,8 %; Суточная протеинурия – 0,536

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.03 | 11,9 | 13,9 | 12,7 | 15,5 |
| 21.03 | 8,8 | 10,2 | 8,6 | 10,3 |
| 24.03 | 8,1 | 9,6 | 8,4 | 9,6 |

16.0.316Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза. цереброастенический с-м Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. плечелопаточный периартроз с нарушением функции пр. в/к. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника с-м цервикалгия, хроническое рецидивирующее течение.

16.03.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,4

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

15.03.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

23.03.16Кардиолог: САГ ш ст.

22.03.16ЭХО КС: КДР- 4,8см; КСР-4,8 см; КСО-3,0 мл; ФВ- 67%; просвет корня аорты -2,6 см; ПЛП – 4,0 см; МЖП –1,0 см; ЗСЛЖ – 1,0см; ППЖ-2,6 см По ЭХО КС: Эхопризнаки дилатации ЛП, минимальной регургитации на МК, регургитации 1 ст на ТК, склеротических изменений створок МК, АК и стенок аорты.

17.0.316Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.16РВГ: Нарушение кровообращения справа – II- Ш ст, слева II ст, тонус сосудов N.

17.03.16Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА справа 23-25%, слева 26-27%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.03.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3 см.

Лечение: нолипрел форте, азомекс сиофор, целебрекс, Хумодар Б100Р Фармасулин НNР, тиогамма турбо, актовегин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Пациентка в условиях стационара переведена на Фармасулин НNР.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-46-48 ед., п/уж -46-18 ед., 22.00 ед.

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. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, азомекс 5 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: целебрекс 200 мг/д 2 нед.
8. С результатами печеночных проб, УЗИ ОБП, маркерами вирусного гепатита Конс гастроэнтеролога при необходимости инфекциониста по м\ж.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.