#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 863

##### Ф.И.О: Гогунская Алла Владимировна

Год рождения: 1961

Место жительства: Приморский р-н, с. Преслав, ул. Ленина 46

Место работы: КУ «Преславская ООШ-интернат» ЗОС, директор

Находился на лечении с 09.07.14 по 15.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, начальные проявления. Диаб. ангиопатия артерий н/к Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН1. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33,7кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС. Хр. панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Жировая дистрофия печени. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Патологический климакс. АМК в менопаузе, гиперплазия эндометрия, Аденомиоз.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за 2 года, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, пекущие боли пр н/к, вздутие живота, чувство приливов.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г.. Комы отрицает. С начала заболевания соблюдала диету. С 03.2014 назначен диапирид. В наст. время принимает: диапирид 2 мг утром. Гликемия –8-11,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает конкор 5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.07.14 Общ. ан. крови Нв –154 г/л эритр – 4,7 лейк – 4,3 СОЭ –7 мм/час

э- 1% п- 0% с-60 % л- 32 % м- 7%

10.07.14 Биохимия: СКФ –102 мл./мин., хол –6,03 тригл -1,97 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -3,90 Катер -3,9 мочевина – 4,1 креатинин –92 бил общ –29,2 бил пр –3,7 тим – 2,7 АСТ –0,85 АЛТ – 0,59 ммоль/л;

14.07.14 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ –115,4 %; фибр –3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 6\*10-4%;

### 10.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-3 в п/зр белок – 0,1 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - ед в п/зр

14.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -250 белок – 0,05

11.07.14 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – 0,116г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.07 | 5,3 | 7,9 | 5,0 | 5,5 |
| 13.07 | 6,3 | 7,4 | 7,7 | 5,6 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, с преимущественно в ВБС. С-м ПА ? на фоне ДДПП ШОП, вестибуло атактический, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, начальные проявления

10.07.Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

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

09.07ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. АВ блокада 1 ст.

10.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.07.Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Жировая дистрофия печени. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей.

24.06.14ФГ№ 234473: без патологии.

15.07Гинеколог: Патологический климакс. АМК в менопаузе, гиперплазия эндометрия, Аденомиоз.

10.07РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

14.07.14Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий : Заключение: Данные на руках.

15.07.УЗИ ОМТ Эхопризнаки эндометриоза тела матки, гиперплазии эндометрия.

11.07УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст, с тенденцией к увеличению размеров селезенки, ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре,

09.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы..

Лечение: диапирид, конкор, индапамид, диаформин, вестинорм, тритика, тиоктацид, мильгамма, L-лизин эсцинат, глиятон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, в связи с нормогликемией отменен глимепирид, назначен метформин. АД 130/80 мм рт. ст. У пациентки на фоне отсутствия месячных с 04.2013 в условиях стационара развилось кровотечение.

Рекомендовано :

1. Перевод в гинекологическое отд. ЗОКБ ургентно для ЛДВ. Перевод согласован с нач. медом.
2. диаформин (сиофор, глюкофаж) 500-850 - 1т. \*2р/сут. После проведения ЛДВ при необходимости повторная госпитализация в эндокринологический диспансер для коррекции ССТ.
3. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
4. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Конкор 5 мг утром, индапамид 1т утром., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 3 мес. триттика 150 мг 1/3 т веч
10. Рек. Гастроэнтеролога: урсосан (урсохол) 2-3к на ночь 3 мес, смарт омега 1к утром с едой 1 мес, тюбажи с сорбитом 1р/4дня. Контр печеночных проб.
11. Б/л серия. АГВ № 2344 с 09.07.14 по 14.07.14. продолжает болеть, перевод в гинекологическое отделение ЗОКБ.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.