#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1246

##### Ф.И.О: Морар Ирина Даниловна

Год рождения: 1966

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Константиовка ул. Ленина 97

Место работы: КУ «Мелитопольский родильный дом» мелитопольского городского совета Запорожской области, мл/медсестра, инв Ш гр.

Находился на лечении с 09.10.14 по 15.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия, смешанного генеза (атеросклератическая, гипертоническая), II стадии. Умеренно выраженный мозжечково-атактический с-м. Правостороння пирамидальная симтоматика. Выраженный цефалгический с-м. Когнитивное снижение. Ишемический инсульт в левой гемисфере головного мозга, в русле СМА и левой гемисферы мозжечка, в ВББ (07.2011) обратимым неврологическим дефицитом. Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия Ш. очень высокий риск. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Стетогепатит минимальной активности. Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции. ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит. Хронический эрозивный гастродуоденит ( НР+) Рубцовая деформация ЛДПК.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 240 мм рт.ст., головные боли, учащенное мочеиспускание.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2005 диапирид, диаформин, амарил, сиофор 1000. В наст. время принимает: Амарил 2М 3р/д. Гликемия –8,7-13,0 ммоль/л. НвАIс -11,6 % от 22.08.14. Повышение АД в течение 30 лет. 04.10.13 АТТПО < 10,0 ТТГ -1,8 мкМЕ/мл. больная переведена из неврологического отделения ЗОКБ где находилась с 29.09 по 08.10.14 с диагнозом: «Дисциркуляторная энцефалопатия, смешанного генеза (атеросклератическая, гипертоническая), II стадии. Умеренно выраженный мозжечково-атактический с-м. Правостороння пирамидальная симтоматика. Выраженный цефалгический с-м. Когнитивное снижение. Ишемический инсульт в левой гемисфере головного мозга, в русле СМА и левой гемисферы мозжечка, в ВББ (07.2011) обратимым неврологическим дефицитом. Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия Ш. очень высокий риск». Осмотрена гастроэнтерологом: «Стетогепатит минимальной активности. Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции. ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит. Хронический эрозивный гастродуоденит ( НР+) Рубцовая деформация ЛДПК». Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.10.14 Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр –4,6 лейк –7,2 СОЭ –5 мм/час

э- 0% п- 0% с- 62% л- 31 % м- 7%

10.10.14 Биохимия: СКФ –104 мл./мин., хол –5,62 тригл -1,85 ХСЛПВП -2,14 ХСЛПНП -2,63 Катер -1,6 мочевина – 4,2 креатинин – 86,4 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим – 1,7 АСТ – 0,39 АЛТ –0,65 ммоль/л;

10.10.14ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 14.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -у ; эпит. перех. - в п/зр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.10 |  |  | 5,3 | 5,6 |
| 10.10 | 6,7 |  |  |  |
| 12.10 | 6,9 | 8,7 | 5,7 | 10,0 |
| 13.10 |  |  |  | 9,2 |

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

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

09.10.14ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

22.08.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки гепатоменалии, диффузных изменений паренхимы печени по типу гепатита, хронического бескаменного холецистита, хронического панкреатита, микронефролитиаза с двух сторон. Данных за обструкцию мочевыводящих путей не выявлено.

09.10.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3см3; лев. д. V = 7,3 см3

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

Лечение: вальсакор, физиотенс, коронал, Амарил 2М, индапрес, аторвастатин, амоксицилин, клоритромицин, проксиум, торсид, Амарил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. Повышение гликированого гемоглобина до 11,6% от 22.08.14 связано с погрешностью в режиме диетотерапии, о чем проведена беседа с больной. АД 140/80-150/90 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 40 мг) с контролем липидограммы.
6. Вальсакор 160 мг утром, фмзиотенс 0,4 веч, коронал 10 мг утром, индапрес 2,5 мг утром, торсид 2,5 мг утром.. Контр. АД.
7. Рек. гастроэнтеролога: маркеры вирусных гепатитов, амоксицилин 100 1т в день с едой + клоритромицин 500 1т 2р\д 10 дней, биогая 1т 1р/д под язык после еды20 дней, проксиум 40 мг 1т 2р/д. Повторный осмотр гастроэнтеролога ч/3 2-3 мес, с послед. конс эндокринолога, о решения вопроса о дальнейшей сахароснижающей терапии.
8. Б/л серия. АГВ № 234573 с 09.10.14 по 15.10.14. К труду 16.10.14г. (продолжение б/л АГВ № 312142 с 29.09.14 по 08.10.14.)

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.