#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 307

##### Ф.И.О: Лавренова Валентина Ивановна

Год рождения: 1951

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка, ул. Патриотическая 4

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.03.15 по 16.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, начальные проявления Незрелая катаракта ОД. Почти зрелая катаракта OS. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Состояние после перенесенного инсульта (2006). Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Субклинический гипотиреоз. Хронический панкреатит средней тяжести с нарушением инкреторной функции, жировая дистрофия печени. Хронический атрофический гастродуоденит . H-pylori отрицательный. Полип выходного отдела желудка.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диаглизид MR 90 мг утром, диаформин 1000 2р/д. НвАIс – 11,8 % от 27.05.15. Псориаз с 14 лет. В анамнезе АИТ АТТГ – 547,97 (<150) АТТПО – 28,91 от 03.08.15 ТТГ – 6,15 (0,3-4,0) Мме/л от 27.01.15. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.03.15 Общ. ан. крови Нв – 117 г/л эритр –3,7 лейк –6,3 СОЭ –30 мм/час

э- 1% п- 3% с- 62% л- 32% м- 3%

10.03.15 СОЭ – 10,0

04.03.15 Биохимия: СКФ –63,02 мл./мин., хол –6,3 тригл – 2,57ХСЛПВП -1,21 ХСЛПНП – 3,92Катер -4,2 мочевина –9,0 креатинин – 111,6 бил общ – 11,5 бил пр – 2,9 тим –6,0 АСТ – 0,42 АЛТ –0,32 ммоль/л;

10.03.15 мочевина 4,0 креатинин - 102

### 05.03.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ум в п/зр

06.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

05.03.15 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.03.15 Микроальбуминурия –64 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.03 | 4,1 | 5,4 | 5,0 | 5,7 |  |
| 06.03 |  |  | 4,4 |  |  |
| 13.03 | 7,6 | 5,0 | 5,9 | 4,0 |  |

05.02.15Невропатолог: Состояние после перенесенного инсульта (2006). Аутоиммунный

Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, начальные проявления

Окулист: VIS OD= 0,2-1,5=1,0 OS= 0,005

Помутнения в хрусталиках ОИ в OS выраженные. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Незрелая катаракта ОД. Почти зрелая катаракта OS.

03.03.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

04.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.03.15Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит средней тяжести с нарушением инкреторной функции, жировая дистрофия печени. Хронический атрофический гастродуоденит . H-pylory отрицательный. Полип выходного отдела желудка.

06.03.15 ФГДЭС. Атрофическая гастродуоденопатия. Полип выходного отверстия желудка?. Дуодено-гастральный рефлюкс.

04.03.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

03.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,2 см3; лев. д. V = 15,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: лозап плюс, бисопролол, диаглизид, диаформин, кардиомагнил, L-тироксин, розарт.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 90 мг

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

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розарт 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год, ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. гастроэнтеролога: урсохол (укр-лив) 2 кап на ночь 2 мес, затем гастронорм (де-нол) 2к 2р\сут за 30 мин до еды 20 дней. УЗИ ОБП, ФГДДС с биопсией через 6 мес.

##### Леч. врач к.мед.н.Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.