|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 363

##### Ф.И.О: Глёза Александр Анатольевич

Год рождения: 1969

Место жительства: Мелитопольский р-н., с. Мирное, ул. Комсомольская 12-42

Место работы: инв. IIгр.

Находился на лечении с 11.03.13 по 21.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IIIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, в/к, смешанная форма. Продолжение роста инвазивной аденомы гипофиза, больших размеров. С-м прогрессирующей акромегалии. СПО (24.11.08). ДДПП на поясничном уровне (грыжа L5-SI, правосторонняя). С-м радикулопатии L5-SI, парез правой стопы, умеренной степени выраженности, стационарное лечение. Послеоперационный арахноэнцефалит. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, ухудшение зрения, АД макс. до 170/120 мм рт., онемение ног, приступообразные головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В 2002г. выявлено аденома гипофиза, проведено трансфеноидальное удаление аденомы в институте нейрохирургии г. Киев. Повторно оперирован в 2008г. В 2009г. контроль МРТ. Закл.: признаки эндо- параселлярного объемного образования. В последствии не обследовался, у нейрохирурга не консультировался.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-18 ед., п/о- 20ед., п/у- 20ед., Протафан НМ 22.00 – 24 ед.

Гликемия –5,1-11 ммоль/л. Боли в н/к в течение более 10лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.03.13Общ. ан. крови Нв – 165 г/л эритр – 5,0 лейк –4,8 СОЭ – 21 мм/час

э-2 % п-8 % с-55 % л- 26 % м-9 %

12.03.13Биохимия: СКФ –176,0 мл./мин., хол –3,20 тригл -1,41 ХСЛПВП – 1,20 ХСЛПНП -1,36 Катер -1,67 мочевина –3,1 креатинин –80,4 бил общ –10,2 бил пр –3,4 тим – 1,9 АСТ –0,10 АЛТ –0,17 ммоль/л;

13.03.13Глик. гемоглобин – 8,7%

12.03.13Анализ крови на RW- отр

### 12.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

14.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

13.03.13Суточная глюкозурия – 0,78 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.03.13Микроальбуминурия – 359мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.03 | 7,4 |  |  |  |  |
| 13.03 |  | 8,9 | 5,1 | 11,2 |  |
| 16.03 | 6,4 | 6,6 | 6,2 | 5,8 |  |
| 19.03 |  |  |  | 5,5 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к, в/к, смешанная форма. Продолжение роста инвазивной аденомы гипофиза, больших размеров. СПО (24.11.08). ДДПП на поясничном уровне (грыжа L5-SI, правосторонняя). С-м радикулопатии L5-SI, парез правой стопы, умеренной степени выраженности, стационарное лечение.

Окулист: VIS OD=0,4 OS=0,4

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы с носовой стороны нечеткие. Сглажена экскавация. Артерии сужены. Вены полнокровны. Венный пульс ослаблен. Д-з: картина глазного дна указывает на наличие внутричерепной гипертензии.

11.03.13ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

18.03.13ЛОР: патологии ЛОР органов не выявлено.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.03.13Допплерография: ЛПИ справа – 1,2, ЛПИ слева – 1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.03.13 Нейрохирург: Послеоперационный арахноэнцефалит. Состояние после частичного удаления аденомы гипофиза. Синдром акромегалии.

11.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V = 7,0 см3

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

Лечение: энапаприл, торсид, ипамид, Актрапид НМ ,Протафан НМ, берлитион, вазонат, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 18-20ед., п/о-18-20 ед., п/у- 18-20ед., Протафан НМ 22.00 24-26ед.

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. Эналаприл 10 мг 2 р/д, ипамид 2,5 утром, торсид 2,5 -5 мг утром . Контр. АД.
3. Берлитион 600 мг/сут. 3 мес.
4. Рек. невропатолога: МРТ с контрастирование головного мозга. УЗИ щит. железы 1р. в год.
5. ФЭГДС с последующей консультацией гастроэнтеролога.
6. Рек. нейрохирурга: наблюдение и лечение у эндокринолога, невропатолога по м/ж.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Главн. врач Черникова В.В.