#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 660

##### Ф.И.О: Третяк Валентина Григорьевна

Год рождения: 1949

Прописана г. Донецк ул. Логинова 47

Место жительства г. Запорожье ул. Ладожская 35-58

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.05.17 по 05.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая полинейропатия н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 38,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС. Диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II. ГБ Шст 3 степени. риск 4. Гипертонический криз, осложнённый ТИА (04.05.17) Дисциркуляторная энцефалопатия II- Ш сочетанного генеза Ишемический инсульт в левой гемисфере? (04.05.17), вестибуло-атактический, цефалгический с-м. Нарушение кровообращения в ЦАС OS. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Инфекция мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на периодические умеренную сухость во рту, жажду, увеличение веса на 7 кг за 2 мес, резкую потерю зрения OS (около 2 нед), приступы нарушения сознания в виде нарушение ориентации в пространстве и событиях, которые проходили самостоятельно, онемение ног, боли в подошвенной поверхности стоп, повышение АД до 200/ 100мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, отеки н/к, вздутие живота, выраженную общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR амарил, глюкофаж ). В наст. время принимает: амарил 4мг утром, глюкофаж 1000 мг 2р\д Гликемия –8,4 ммоль/л. НвАIс -9,6 % от 03.2017 . Последнее стац. лечение в 2014г. обратилась самостоятельно в связи с вышеуказанными жалобами, госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.05.17 взята биохимия, ОАК – находятся в работе.

04.05.17 Гемогл – 153 ; гематокр – 0,47 ; общ. белок – 73,3 г/л; К – 4,2 ; Nа – 145 ммоль/л

04.05.17 Коагулограмма: вр. сверт. 7– мин.; ПТИ –82 %; фибр –6,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4

### 04.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 эрит 0-1 лейк – ½ в п/зр белок – 3,32/л ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. – много почечн 1-2 в п/зр цил – 1-2 зерн 1-2-3, бактерии.

04.05.17 ацетон – отр

04.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -10000 эритр -2000 белок – 2,96

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 11.00 | 13.00 | 18.00 | 21.00 |
| 04.05 |  | 4,5 | 4,3 | 4,7 | 4,1 |
| 05.05 | 3,4 |  |  |  |  |

04.05.17Невропатолог: Диабетическая полинейропатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II- Ш сочетанного генеза Ишемический инсульт в левой гемисфере (04.05.17), вестибуло-атактический, цефалгический с-м.

04.05.17 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ.ОД - ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены извиты, склерозированы, Салюс I-II OS ДЗН бледноват, границы размытыс височной стороны, в макуле выраженный отек, с-м «вишневой косточки» размыт. Д-з: Нарушение кровообращения в ЦАС OS. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Рек-но: УЗДГ сосуды головы и глазничных артерий с компрессионными пробами

04.05.17 на р-гр легких: легкие без инфильтрации корни малоструктурны, сердце увеличен левый желудочек.

05.05.17 Осмотр Зав ОЦНМСП Мирватовой Л.Н.: на момент осмотра убедительных данных за ОНМК нет. У больной имеет место дисциркуляторная энцефалопатия Ш ст смешанного генеза, кистозно-глиозные изменения в подкорковой области справа (по данным МРТ). Транзиторная ишемическая атака в корковых ветвях (04.05.17)

05.04.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

05.05.17 осмотрен доц. Соловьюк А.О ИБС. Диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II. ГБ Шст 3 степени. риск 4. Гипертонический криз, осложнённый ТИА (04.05.17)

04.05.17 МРТ: МРТ признаки значительных проявлений дисциркуляторной энцефалопатии. Учитывая ранние сроки нейровизуализации, локальные изменения сигнальных характеристик в коротких отделах предцентральной и постцентральной извилин левой гемисферы большого мозга, могут быть очагами ишемии в острейшей фазе. Очаг кистозно-глиозных изменений в головке хвостатого ядра справа (следствие перенесенного локального нарушения мозгового кровообращения с геморрагическим компонентом)

Лечение: глюкофаж, каптоприл, гепарин, ксантинол, магнезия, абифлокс, берлитион, церебролизин, витаксон, аскорутин, фуросемид, L-лизин эсцинат, анальгин, димедрол, папаверин, индапрес, эналаприл, торсид, кардиомагнил

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гликемия низкая в связи с чем значительно снижена доза ССТ, сохраняется тенденция к гипертензии до 170-190/100 мм рт ст, отеки н/к

Рекомендовано:

1. Перевод в неврологическое отд 6-й гор. больницы согласован с начмедом Полковниковой Н.А.
2. Диета № 9.
3. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут, контроль гликемии. При повышении гликемии к терапии амарил 1-2мг с последующей титрацией дозы. Коррекция дозы глюкофажа после дообследования функции почек.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В