#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1490

##### Ф.И.О: Наконечная Лидия Андреевна

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Запорожье, ул. Стешенка, 15 -20

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.11.18 по  21.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IVст. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. ДЖВП по гпомоторному типу . хр. Панкреатит с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Нисходящая частичная атрофия зрительного нерва, начальная катарката, ангиопатия сетчатки, гиперметропия слабой степени ОИ . Послеоперационный арахноэнцефалит с нарушением ликвородинамики и вестибулоататкическим с-мом, последствия перенесенного лакунарного инсульта в пр. гемисфере, левосторонний гемипарез. С-м Умеренной когнитивной дисфункции. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, снижение пмяти,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. лечение не принимала , у эндокринолога регулярно не наблюдалась. В 11.2017 оперирована в клинике Феофания где было проведено оперативное лечение – удаление опухоли головного мозга, выписной эпикриз не предоставлен. ПГЗ № 13399 – 13401 краниофарингиома адантиноподобный тип. В последующем у нейрохирурга не наблюдалась. С того же времени принимает ССТ: диаформин 1000 1т 3р/д, глимакс 4 мг утром + 2мг веч, диапирид 4 мг 3р/д , гликемия амбулаторно 15-18 ммоль/л. Со лсов больной перенесла инсульт (точно дату казать не может). Повышение АД в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 09.11 | 152 | 4,6 | 6,5 | 25 | |  | | 2 | 1 | 71 | 25 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 09.11 | 61 | 5,67 | 2,48 | 1,12 | 3,41 | | 4,0 | 5,1 | 96 | 13,9 | 3,5 | 5,1 | | 1,12 | 2,68 |
| 19.11 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | 0,73 | 1,33 |

09.11.18 Глик. гемоглобин -125 %

09.11.18 Анализ крови на RW- отр

09.11.18Св.Т4 - 13,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –27,0 (0-30) МЕ/мл

09.11.18 К – 4,28 ; Nа – 136 Са++ - 1,16С1 - 99 ммоль/л

### 09.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

13.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – отр

12.11.18 Суточная глюкозурия –0,3 %; Суточная протеинурия – 0,048

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.11 | 13,9 | 11,3 | 10,6 | 13,4 |
| 10.11 | 12,9 | 15,3 | 12,7 | 12,4 |
| 11.11 | 9,1 | 10,5 | 11,9 | 8,1 |
| 13.11 | 7,4 |  | 9,6 | 9,3 |
| 15.11 | 9,9 | 10,6 | 16,4 | 14,0 |
| 17.11 | 9,2 | 10,8 | 13,4 | 9,7 |
| 19.11 | 8,5 | 12,7 | 8,6 |  |
| 20.11 | 7,1 |  | 13,6 | 10,2 |

13.11.18 Нейрохирург: Послеоперационный арахноэнцефалит с нарушением ликвородинамики и вестибулоататкическим с-мом, последствия перенесенного лакунарного инсульта в пр. гемисфере, левосторонний гемипарез. С-м

20.11.18 Окулист: VIS OD= 0,2сф + 1,0д=0,8 OS= 0,5-0,6сф + 1,0д=0,8 ; ВГД OD= OS=

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Выраженные височная деколорация. Глубокая сосудистая воронка, ампулярные вены в области ДЗН, сосуды умерено извиты, вены полнокровны, Д-з: Нисходящая частичная атрофия зрительного нерва, начальная катаракта, ангиопатия сетчатки, гиперметропия слабой степени ОИ .

08.1.118 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. .

Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст

09.11.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

09.1.118 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.11.18 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. ДЖВП по гипомоторному типу . хр. Панкреатит с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы

11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.11.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, опущения левой почки

08.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V = 2,7 см3

Перешеек –0,38 см.

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

Лечение: димарил, мефармил, эналаприл, креон, престилол, Стабил инсуларр , атоксил, нифуроксамид, тиолипон, меверин, смарт омега

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, достичь стойкой декомпенсации не уадавалосб ввиду систематических нарушений в режиме диетоерапии, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, нейрохирурга, окулиста, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з- 22-24ед., п/уж – 14ед., Иснулар Актив п/з 4-6 ед 22.00 ед.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: престилол 5/5 мг 1т 1р/д. дообследование ЭХОКС.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,, актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: вазилотон 1т 3р/д, очки для дали и близи. Осмотр в динамике
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, меверин 1т 2р/д за 15-20 мин до еды 20 дней, креон 10 тыс 1т 3р/д во время еды, смарт омеза 1т 1р/д во время еды.
9. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
10. Эссенциале 2т 3р/д 1 мес. определить марркеры вирусног гепаита В и С ( в энддиспансере отказалась).
11. Пациентка сдала ан. крови на кортизол, АКТГ ( в работе). Поорный осмотр эндокринолога с резульататми. Ранее от сдачи данных доосблевдаоний отказывалась.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.