#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 964

##### Ф.И.О: Тер-Минасьян Карина Эдуардовна

Год рождения: 1985

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чаривная 143-29

Место работы: д/о

Находился на лечении с 24.07.13 по 30.07.13 в диаб. отд.

Диагноз: Гестационный диабет, впервые выявленный. Беременность 1, 29 нед, головное предлежание. Дисфункция плаценты? Ангиотрофоневроз. Варикозная болезнь н/к. ХВН I ст. Метаболическая кардиомиопатия. СН 0 ст. Ожирение II (ИМТ 37,14кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на незначительную общую слабость, отеки к вечеру.

Краткий анамнез: Беременность I, 28 нед. По м/ж обследована ОГТГ с 75 г глюкозы натощак – 4,8; ч/з 2 ч – 8,4; повторно натощак – 6,41 ч/з 2 ч – 7,88 ммоль/л. В условиях эндокриндиспансера -9,2 ч/з 1 ч – 14,0 ( с 50 гр глюкозы). Ацетон мочи – отр. Госпитализирована в эндокриндиспансер для уточнения диагноза.

Данные лабораторных исследований.

25.07.13Общ. ан. крови Нв – 131 г/л эритр –4,1 лейк –11,1 СОЭ – 43 мм/час

э- 0% п-1 % с- 75% л- 20 % м-4%

25.07.13Биохимия: СКФ –175 мл./мин., хол –6,2 тригл – 2,6ХСЛПВП -1,01 ХСЛПНП -4,01 Катер -5,1 мочевина –2,7 креатинин –70 бил общ –12,4 бил пр – 3,1 тим –2,9 АСТ –0,52 АЛТ –0,14 ммоль/л;

### 25.07.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-4 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

29.07.13 ацетон 2+, 19,30 - отр

26.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр - белок – отр

25.07 ОТТГсо 100 г глюкозы 7.00-8,6 ч/з 1 ч. -15,3 ч/з 2 ч.-16,3 ч/з 3 ч.-14.1 ммоль/л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.07 |  |  | 6,8 | 4,8 |  |
| 26.07 | 7,2 | 6,4 |  |  |  |
| 28.07 | 7,0 | 6,0 | 5,9 | 6,7 |  |

Окулист: VIS OD=0,8 OS=1,0

Оптические среды и глазное дно без особенностей.

24.07.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гинеколог: Беременность 1 – 28 нед. Головное предлежание. Дисфункция плаценты? Гестационный диабет.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4см3; лев. д. V = 6,7 см3

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

Лечение: ксилат

Состояние больного при выписке: гестационный диабет субкомпенсирован, сохраняеться склонность к ацетонурии, гипергликемии натощак, больно предложен перевод на инсулинотерапию, несмотря на неоднократно проведенные беседы – категорически отказалась. Учитывая отсутствие клинически прервывания беременности рекомендовано дальнейшее « Д» наблюдение по беременности по м/ж. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гинеколога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. При гликемии натощак больше 5,8 ммоль/л, гипергликемии в теч суток больше 7,8, склонности к ацетонурии – повторная госпитализация в эндокриндиспансер для назначения инсулинотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 1 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Рек. кардиолога: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
6. Рек. гинеколога: УЗИ плода, доплеромметрия МПК в 30-32 нед.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ контроль явка с результатом к эндокринологу
8. Рек. ангиохирурга: эластичное бинтование н/к.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.