#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 924

##### Ф.И.О: Породько Галина Николаевна

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Мелитополь, ул. Г. Сталинграда, 7-51

Место работы: ООО «Спорт мотор», уборщица.

Находился на лечении с 23.07.14 по 06.08.14 в энд. отд. ( 23.07-28.07. в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия на фоне СД, декомпенсация. Цефалгический с-м, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор). С 30.04-23.05.14 находилась на стац лечении г. Мелитополь, госпитализирована в кетоацидотическом состоянии, в связи с чем назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у-8 ед., Хумодар Б100Р, 22.00 – 12 ед. Последнее стац лечение 23.06-03.07.14 С ухудшением вновь госпитализирована в г/т. отд Мелитопольской ЦРБ где находилась с 11.07. по 21.07.14. , однако состояние больной не улучшилось, кетоацидоз сохраняется в связи с чем направлена в ОКЭД. Во время лечения в энддиспансере с 23.06.-03.07.14 прошла курс лечения пр-ми а-липоевой к-ты, актовегина, витамина гр В. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД

Данные лабораторных исследований.

23.07.14 Общ. ан. крови Нв – 149 г/л эритр – 4,6 лейк –6,8 СОЭ – 9 мм/час

э- 0% п- 1% с-85 % л- 13% м- 1%

13.07.14 Биохимия: СКФ –114 мл./мин., олл –4,2 мочевина –10,3 креатинин –86,9 бил общ –12,8 бил пр –3,2 тим – 0,90 АСТ –0,53 АЛТ –0,41 ммоль/л;

23.07.14 Амилаза – 17,1 до 90 Е/л

25.07.14 Гемогл – 149; гематокр – 0,50; общ. белок – 72 г/л; К – 3,8 ; Nа – 137,3 ммоль/л

31.07.14 Кортизол – 21,8 мкг/дц

25.07.14 К – 3,7 моль/л

01.08.14 К – 4,3 Na- 136,8

24.07.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 5 мин.; ПТИ – 85 %; фибр – 3,5г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

25.07.14 Проба Реберга: Д-2,7 л, d-1,87 мл/мин., S-1,54 кв.м, креатинин крови- 77мкмоль/л; креатинин мочи- 5,720 мкмоль/л; КФ- 156,0мл/мин; КР-98,8 %

### 23.07.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –2-4 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. много- ; эпит. перех. – много в п/зр

С 25.07.14 ацетон – отр

24.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -500 белок – отр

25.07.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 25.07.14 Микроальбуминурия –93,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 23.07 |  | 5,5 | 2,5 | 3,5 | 4,8 |
| 25.07 | 5,9 | 3,37 | 59 | 6,7 |  |
| 27.07 | 4,7 | 7,8 | 6,3 | 4,9 |  |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.07 | 8,0 | 3,1 | 12,3 | 5,1 |  |
| 31.07 | 9,4 | 10,0 | 2,9 | 3,6 |  |
| 01.07 2,00-6,9 | 7,0 |  | 4,6 | 8,1 |  |
| 02.08 | 9,4 | 7,1 | 3,5 | 7,7 |  |
| 03.08 | 9,3 | 10,2 | 8,7 | 5,1 |  |
| 05.08 | 8,4 | 8,4 |  |  |  |

25.06Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия на фоне СД, декомпенсация. Цефалгический с-м, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: Осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. легкая неравномерность калибра вен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.08ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: врач на б/л

31.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Допплерография артерий н/к: Артерии н/к с признаками метаболической ангиопатии на фоне СД. Кровоток в подколенном и берцовом сегменте с обеих сторон низкий, с высоким периферическом сопротивлением.

25.06.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: . Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.07.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

23.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0см3; лев. д. V = 6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, альмагель, энтеросгель, рантак, берлитион, ККБ, адаптол, новопасит, фуросемид, нейрорубин, Генсулин Р, Генсулин Н

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 75 уд/мин.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 14-16ед., п/уж – 6-8ед..
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.,1 мес.
9. Конс невропатолога по м/ж. (врач в отпуске)
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Контр креатинина, мочевины в динамике.
12. Продолжение больничного. Б/л серия. АГВ № 234498 с 23.07.14 по 06.08.14. К труду 07.08.14г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.