#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 594

##### Ф.И.О: Павлиенко Анна Ивановна

Год рождения: 1986

Место жительства: Михайловский р-н, с. Бурчак ул. Гвардейская 16

Место работы: д/о

Находился на лечении с 07.05.14 по 08.05.14 в диаб. отд. ( ОИТ)

Диагноз: Гестационный сахарный диабет, кетонурия. Беременность Ш, роды 2 , 30 нед.

вторичноинсулинзависимый,

средней тяжести, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Диабетическая нефропатия III-IV ст. ХБП II-IV ст

Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Диабетическая энцефалопатия I-II, цефалгический с-м.

Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м, астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние. Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3 кг, головные боли периодические, подташнивание, повышенная потливость.

Краткий анамнез: амбулаторно 24.04.14 3,6 ч/з 2 час – 9,0 ммоль/л ( 75 гр. глюкозы) 30.04. 3,6 ч/з 2 ч – 9,1 ммоль/л, С 50 гр глюкозы 07.05.14 5,2 ч/з 1 час – 11,0 ммоль/л

Ацетон мочи 07.05 – 3++ в 8.00, следы в 14.50. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для проведения ОГТТ со 100 гр глюкозы.

Данные лабораторных исследований.

08.05.14 Общ. ан. крови Нв – 102 г/л эритр – 3,2 лейк – 6,2 СОЭ – 46 мм/час

э- 3% п- 2% с- 78% л- 16 % м- 1%

08.05.14 К – 3,8

.05.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол – тригл - ХСЛПВП - ХСЛПНП - Катер - мочевина – креатинин – бил общ – бил пр – тим – АСТ – АЛТ – ммоль/л;

07.05.14 Гемогл – 95; гематокр – 0,31 ; общ. белок –7,1 г/л; К – 4,2 ; Nа – 144 ммоль/л

07.05.14 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 100 %; фибр –3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 85%; св. гепарин – 10\*10-4

.05.14 Проба Реберга: Д- л, d- мл/мин., S- кв.м, креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 07.05.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - много в п/зр

08.05.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр -500 белок – отр

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 часовый ОГТТ со 100 гр глюкозы (венозная кровь) | | |
| время | Результат (ммоль/л) | норма |
| 7.00 | 4,5 | N< 5.8 |
| 8.00 | 8,8 | N< 10.6 |
| 9.00 | 4,4 | N<9.2 |
| 10.00 | 6,2 | N<8.1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 07.05 |  |  | 4,5 | 5,9 |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Со стороны НЦС и ПНС без органической патологии.

Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Оптические среды и глазное дно без особенностей.

08.05ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда перегородочной области. При сравнении с ЭКГ от 05.07.14 без динмики

07.05.Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

08.05.14Гинеколог: Беременность Ш, 30 нед. Роды II, Головное предлежание. Анемия Беременных 1 ст.

Лечение: энтеросгель.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. В настоящий момент в инсулинотерапии не нуждается. При гликемии натощак больше 5,8 ммоль/л, склонности к ацетонурии рекомендован Протафан НМ 22.00 2 ед. При сохраняющейся гипергликемии в теч суток больше 7,8, – консультация в эндокриндиспансере.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

диабетон МR, предуктал МR, L-тироксин, L-лизина эсцинат,

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В