#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 769

##### Ф.И.О: Письменная Татьяна Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: Ореховский р-н, с. Омельник, ул. Школьная 17

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.06.14 по 02.07.14 в энд. отд. ( 17-23.06.14 в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия на фоне кетоацидоза. Астенический, цереброастенический с-м. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Инфекция мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 40 кг за 3 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течении месяца, снижение в весе в течении 3 лет., за мед помощью не обращалась. 15.05.14 обратилась к терапевту по м/ж. Гликемия 16,7 ммоль/л, предложена госпитализация для подбора ССТ (больная отказалась). Ухудшение состояния 17.06.14, глюкоза крови – 23,4 ммоль/л, ацетон мочи 2+. Госпитализирована ургентно. в обл. энд. диспансер для подбора, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.06.14 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр – 4,3 лейк – 2,5 СОЭ –4 мм/час

э- 1% п- 0% с-66 % л- 30 % м- 3%

17.06.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., олл –4,21 тригл -1,44 ХСЛПВП -0,93 ХСЛПНП -2,62 Катер -3,5 мочевина –2,1 креатинин –108 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим –3,4 АСТ – 0,35 АЛТ – 0,41 ммоль/л;

18.06.14 диастаза 158 ед/л

19.06.14 диастаза 158 ед/л

18.06.14 Амилаза – 101,4 (до 90 ) ед\л

19.06.14 Амилаза – 34 (до 90 ) ед\л

17.06.14 Гемогл – 134 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок – 81 г/л; К – 4,0 ; Nа – 133 ммоль/л

19.06 К – 4,7 ммоль/л,

20.06 К – 4,73 ммоль\л.

17.06.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 9,5 мин.; ПТИ – 92 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 10%; св. гепарин – 4\*10-4

19.06.14 Проба Реберга: Д- 2,7л, d- 1,87мл/мин., S-1,67 кв.м, креатинин крови- 90 мкмоль/л; креатинин мочи- 4260 мкмоль/л; КФ- 92мл/мин; КР- 98 %

### 17.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –на 1/2 в п/зр белок – 0,081 ацетон –4+++; эпит. пл. – много; эпит. перех. – много в п/зр

С 20.06.14 ацетон- отр.

18.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9000 эритр -250 белок – отр

23.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

19.06.14 Суточная глюкозурия – 1,91%; Суточная протеинурия – 0,064

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.06 |  |  | 10,5 | 7,7 | 6,4 |
| 19.06 | 11,6 | 10,7 | 9,2 | 10,0 |  |
| 21.06 | 18,2 | 16,7 | 16,5 | 11,7 |  |
| 23.06 | 8,3 | 5,8 |  | 12,9 |  |
| 24.06 | 11,7 | 16,1 | 16,4 | 11,6 |  |
| 25.06 | 9,1 | 15,4 | 14,4 | 13,7 |  |
| 26.06 | 11,5 | 14,6 | 15,1 | 9,2 |  |
| 27.06 2.00-12,3 | 12,9 | 8,5 | 10,9 | 11,9 |  |
| 29.06 | 10,4 | 10,3 | 6,5 | 8,6 |  |
| 01.07 |  | 10,3 |  |  |  |
| 02.07 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия на фоне кетоацидоза. Астенический, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

15.06Окулист: Осмотр в палате. Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.06ЭКГ: ЧСС – 100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

17.06 ФГ№; 78867: Корни тяжистые. Легкие и сердце без патологии.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1 см3; лев. д. V =4,8 см3

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

Лечение: Альмагель, энтеросгель, рантак, ККБ, берлитион, цефтриакон, актовегин, армадин, глицин, нейрорубин, гепатин, контривен, линекс, Генсулин Р, лефлоцин, фуросемид, мезим, офлоксин, Хумодар К 25 100Р, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-16-18 ед., п/о- 18-20ед., п/уж – 16-18ед., Хумодар Б100Р, 22.00 24-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурия 1р. в 3мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс кардиолога по м/ж ( врач в отпуске)
8. Эналаприл 2,5-5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. Рек. невропатолога: глицин 2т 3р\д 1 мес.
11. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### 

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.