#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 756

##### Ф.И.О: Амбросиенко Нина Васильевна

Год рождения: 1951

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Константиновка, ул. Кирова 29

Место работы: пенс.

Находился на лечении с 16.06.14 по 02.07.14 в энд. отд. (16-23.06.14 в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Диабетическая нефропатия III-ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертрофия ЛЖ. Риск4. СН 1. ф.кл 1. Гиперметропия слабой степени ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 15 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.

Краткий анамнез: Впервые повышении гликемии выявлено 02.2014, при контроле глюкометром – гликемия – 20,0 ммоль/л. Обратилась к эндокринологу по м/ж, назначен олтар 6 мг, сиофор 500 мг 2р/д. Гликемия –10,4-17,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает вальсакор 60 мг ½ т 1р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.06.14 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр – 4,3 лейк –8,1 СОЭ –5 мм/час

э- 5% п- 1% с- 46% л- 46% м- 2%

17.06.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –3,92 тригл -1,81 ХСЛПВП -1,38 ХСЛПНП – 1,71Катер -1,8 мочевина –3,8 креатинин –98 бил общ –15,4 бил пр –3,8 тим –2,1 АСТ – 0,42 АЛТ –0,29 ммоль/л;

17.06.14 Амилаза – 51,4 (до 90) Ед/л

16.06.14 Гемогл – 131 ; гематокр – 0,43 ; общ. белок – 75 г/л; К –4,2 ; Nа –140 ммоль/л

18.06.14 К – 4,4 ммоль/л

20.06.14 К – 4,65 ммоль/л

18.06.14 Коагулограмма: вр. сверт. –14 мин.; ПТИ –98 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 108%; св. гепарин – 0\*10-4

18.06.14 Проба Реберга: Д-3,6 л, d- 2,5мл/мин., S- 1,7кв.м, креатинин крови-93 мкмоль/л; креатинин мочи- 2640мкмоль/л; КФ- 72,22мл/мин; КР- 96,53 %

### 16.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1033 лейк – 16-17 в п/зр белок – 0,153 ацетон –3+++; эпит. пл. - у; эпит. перех. - ед в п/зр

21.06.14 ацетон отр 5,5.

17.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000 эритр - белок – отр

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

18.06.14 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.06.14 Микроальбуминурия –197,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.06 |  | 9,0 | 12,1 | 5,9 | 2,8 |
| 18.03 | 8,4 | 8,2 | 3,8 | 6,2 | 4,3 |
| 20.06 2.00-2,9 | 14,1 | 8,7 | 4,9 | 7,5 |  |
| 22.06 | 7,7 | 11,3 | 11,9 | 9,8 |  |
| 24.06 | 10,4 | 15,4 | 15,0 | 18,4 |  |
| 25.06 |  |  |  | 9,0 | 4,0 |
| 26.06 | 7,2 | 9,0 | 12,5 | 13,7 |  |
| 27.06 |  |  |  | 5,0 |  |
| 28.06 | 6,9 | 9,0 | 13,3 | 6,3 |  |
| 01.07 |  |  | 4,0 |  |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1-П на фоне кетоацидоза. Вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м.

16.06Окулист: VIS OD= 0,3 с кор0,9 OS= 0,05 н/к.

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ.

16.06.14ЭКГ: ЧСС – 85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

25.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.06 Осмотр ас каф терапии и кл фарм. Ткаченко О.В. СД, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ГБ Пст, гипертрофия ЛЖ, ангиопатия сосудов сетчатки, риск 4, СН1, ф.кл 1.

16.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,8 см3; лев. д. V = 5,3 см3

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

Лечение: Энтеросгель, цефтриаксон, лефлоцин, ККБ, тиоктацид, актовегин, нейрорубин, нейроксон, гепарин, анальгин, папаверин, карвалол, Генсулин Р, линекс, кардиомагнил, розукард, вальсакор, Хумодар БР, Хумодар К 25 100Р,

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 20-24ед., п/уж -14-18 ед.,
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. Рек. кардиолога: вальсакор 80 мг ½ 2р\д кардиомагнил 75мг 1т. веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиоктацид 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.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.