#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1499

##### Ф.И.О: Дубинда Людмила Александровна

Год рождения: 1986

Место жительства: г. Запорожье ул. Ладожская 6-7

Место работы: ДНЗ № 224 ,воспитатель

Находился на лечении с 09.11.18 по  19.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Субклинический гипотиреоз. Гипертоническая болезнь I стадии. СН0. Риск 3. Гепатит а/фаза невирусного генеза. ПН 1- II ст. Хронический холецистит. ДЖВП по гипомоторному типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: С 23.10.18 проходила лечение по поводу ОРВИ, при обследовании у семейного врача выявлено повышение гликемии первично – 10,6 ммоль/л. 02.11.18 конс эндокринологом ОКЭД, диагностирован сахарный диабет, впервые выявлений, назначен метформин тева 500 мг 2р/д. ,принимает в настоящее время. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.11 | 150 | 4,5 | 7,4 | 13 | |  | | 2 | 2 | 65 | 30 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.11 | 119 | 4,56 | 1,93 | 1,82 | 1,85 | | 1,5 | 2,2 | 77 | 10,4 | 2,3 | 1,6 | | 0,52 | 1,9 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | 0,67 | 2,37 |

16.11.18 ТТГ –5,1 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТГ - 185 (0-100) МЕ/мл;

13.11.18 Глик. гемоглобин -10,2 %

14.11.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

12.11.18 Инсулин – 44,72(2,6-24,9) мкЕд/мл; С-пептид – 5,81 (1,1-4,4) нг/мл

12.11.18 К –4,58 ; Nа – 139 Са++ -1,17 С1 - 100 ммоль/л

### 12.11.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -4-5 ; эпит. перех. -4-5 в п/зр

14.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

14.11.18 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.11.18 Микроальбуминурия –83,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.11 |  | 9,4 |  |  |
| 10.11 | 13,8 | 10,5 | 9,7 |  |
| 13.11 | 7,7 | 9,5 | 9,3 | 7,1 |
| 15.11 | 8,7 | 9,0 | 11,0 | 7,3 |
| 16.11 | 7,3 | 6,9 |  |  |
| 17.11 | 7,5 | 8,5 | 8,8 | 6,3 |

16.18.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 .

Гл. дно:. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты. Вены расширены. С-м Салюс 1 ст В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.11.18 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.11.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь I стадии. СН0 риск 3

12.11.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

15.1.118 Гастроэнтеролог: Гепатит а/фаза невирусного генеза. ПН 1- II ст. Хронический холецистит. ДЖВП по гипомоторному типу

12.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Справа ,слева – снижено 1 ст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

31.10.18 УЗИ: Эхопризнаки диффузных умеренно выраженных изменений печени, поджелудочной железы, перегиба, гипотонии желчного пузыря. Хр. безкалькулезного холецистита.

02.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,7 см3; лев. д. V = 6,5 см3

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

Лечение: мефармил, эффенциале, форксига, гептрал, галстена, урсохол.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась,. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. ССТ: форксига 10 мг 1р/д. После курса лечении назначенного гастроэнтерологом, при нормализации печёночных проб возможна коррекция ССТ с применением препаратов метформинового ряда. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес с послед. конс эндокринолога ОКЕД.
5. В дальнейшем контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Рек кардиолога: индапен SR 1т 1р/д,
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ в динамике через 2-3 мес с послед. решением вопроса о назначении L-тироксина.
9. Рек гастроэнтеролога: дообследование а-амилаза, липаза панкреатическая, стол № 5, режим питания, гептрал 500,0 на физ растворе 200,0 в/в медленно кап № 10, затем гептрал 500 1т 2р/д 1 мес, урсохол 250 мг на ночь 1 мес, контроль печеночных проб после лечения, галстена 10 кап 3 р/д через 1 час после еды 1 мес.
10. Б/л серия. АДЛ № 177869 с 09.11.18 по 19.11.18 к труду 20.11.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.