#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 759

##### Ф.И.О: Бахиркина Лидия Дмитровна

Год рождения: 1948

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Шахтерская 46-95

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 31.05.18. по 11.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ II ст. Диффузный эутиреоидный зоб 1 ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в прекардиальной области,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг 2т утром (принимает в течение недели) ранее принимал манинил 5 мг 2т /д , метамин 500 мг 2р/д Гликемия –11-18 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг 2р/д Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 01.06 | 138 | 4,1 | 4,2 | 25 | |  | | 2 | 0 | 66 | 31 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.06 | 53,3 | 8,45 | 5,75 | 14,28 | 4,53 | | 5,6 | 6,0 | 95 | 10,4 | 2,5 | 5,4 | | 0,13 | 0,34 |

01.06.18 Глик. гемоглобин -8,7%

08.06.18 Сепетид – 1,47 ( 1,1-4,4)

04.06.18 АЧТЧ – 32,0 МНО 1,15 ПТИ 88 фибр 3,3

01.06.18 К –5,07 ; Nа – 140,5 Са++ - 1,17С1 - 104 ммоль/л

04.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-78 мкмоль/л; креатинин мочи- 5830 мкмоль/л; КФ- 89,1мл/мин; КР- 98,7 %

### 01.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк – в п/зр белок – 0,32 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

04.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

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

04.05.18 Суточная глюкозурия – 3,5%; Суточная протеинурия – 0,048

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.05 |  |  | 10,9 | 10,7 | 10,2 |
| 01.06 | 11,5 | 17,8 | 13,8 | 14,8 |  |
| 02.06 | 11,1 | 11,7 | 13,8 | 10,2 |  |
| 04.06 | 7,5 | 11,8 | 154,3 | 13,4 |  |
| 07.06 | 9,1 | 9,9 | 13,3 | 12,7 | 13,3 |
| 09.06 | 6,1 | 10,0 | 7,8 | 11,4 |  |
| 10.06 | 5,5 | 8,9 | 8,8 | 11,1 |  |

31.05.18 ЭКГ: ЧСС – 67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

01.06.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ II ст.

05.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Варикозная болезнь н/к ВРВ II ст (поверхностных) обеих н/к .

08.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики спаек в малом тазу,

31.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,2 см3; лев. д. V =8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, Хумодар Б100Р, Генсулин Н , канефрон, хипотел, Диабетон MR, вазилип, лизиноприл, диаформин, глюкофаж, предуктал MR

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 16-18ед., п/уж – 8-10ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: преудктал 1т 2р/д, хипотел 40-80 мг 1р/д,
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Осмотр окулиста, невропатолога по м/ж.
7. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
8. Анализ крови на ТТГ, АТТПО по м/ж ( во время стац лечения отказалась), с послед. осмотром эндокринолога.
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. Карпенко И.В.