#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 694

##### Ф.И.О: Большакова Юлия Петровна

Год рождения: 1984

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Богатыревка ул. Молодежная 130

Место работы: ООО «ЗТМК» машинист

Находился на лечении с 17.05.18. по 29.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоз Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 03.2018г. по м/ж при проф осмотре . НвА1с – 10,4%, с-пептид – 3,21 ( 1,1-4,4) инсулин - 15,9 от 15.03.18. ацетон мочи от 16.03.18 – слабо положительный. От госпитализации в 03.2018 отказалась, принимала диаформин 1000 мг 2р/д. Направлена в ОКЭД для подбора ССТ в связи с сохраняющейся ацетонурией.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.05 | 150 | 4,5 | 5,0 | 34 | |  | | 1 | 0 | 64 | 32 | | 3 | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.05 |  | 5,8 | 4,4 | 1,14 | 2,6 | | 4,0 | 2,5 | 70 | 18,8 | 4,6 | 4,4 | | 0,41 | 1,06 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |

18.05.18 Глик. гемоглобин – 8,6%

18.05.18 Св.Т4 19,1- (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 34,0 (0-30) МЕ/мл

18..05.18 Проба Реберга: креатинин крови- 66мкмоль/л; креатинин мочи- 5500мкмоль/л; КФ-127,2 мл/мин; КР- 98,6%

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

21.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 23.05.18 Микроальбуминурия –74,75 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.05 | 8,7 |  | 6,5 | 7,3 |  |
| 19.05 |  | 9,1 |  | 7,1 |  |
| 22.05 | 6,0 | 5,8 | 6,9 | 6,9 |  |

18.05.18 Невропатолог: данных за очаговую неврологическую патологию нет

18.05.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно извиты, стенки вен утолщены. В макулярной области без особенностей.

17.05.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

24.05.18Кардиолог: кардиальной патологии не выявлено.

22.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

18.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

17.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V 10,7= см3; лев. д. V = 9,1 см3

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

Лечение: диформин, тиолипон, витаксон, стеатель,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, кетонурия отрицательная . АД 120/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес. Контроль печеночных проб.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
10. Эссенциале 2т 3р/д 1 мес. Контроль печеночных проб АСТ ,АЛТ в динамике. При показаниях конс гастроэнтеролога по м/ж.
11. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 17.05.18. по 29.05.18 к труду 30 .05.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.