#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 756

##### Ф.И.О: Ибрагимова Татьяна Николаевна.

Год рождения: 1962

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Революционная 18/75

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 22.05.17 по 02.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Начальная катаракта Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение, хр. течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Смешанный зоб IIст. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП 1-II сочетанного генеза, цефалгический с-м. ДДПП распространённого характера с-м торакалгии, люмбалгии, болевой с-м. Хр. рецидивирующее течение. Гипертоническая болезнь Ш ст3 степени. Гипертензивное сердце. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. без систолической дисфункции ЛЖ. Варикозная болезнь н/к. ВР поверхностных вен. н/к в области голени сдвух сторон 1- II ст. П/о вентральная грыжа средних размеров, не вправимая. Остеоартроз т/бедренных, коленных суставов Rо 1-II СФН I. Хр. пиелонефрит ст. обострения

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 250/10 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП . С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 38ед., п/у-18 ед., диаформин 1000 2р/д. Гликемия –3,0-12 ммоль/л. НвАIс – 6,9 % от 02.02.17 . Последнее стац. лечение в 2016г. Смешанный зоб с 2011 ТАПБ –узловой зоб с кистозной дегенерацией АТТГ – 13,7 АТТПО – 12,0 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 23.05. | 129 | 3,9 | 4,9 | 3,0 | 1 | 1 | 70 | 25 | 3 |
| 26.05 |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.05 | 153,9 | 4,3 | 1,22 | 1,41 | 2,3 | 2,0 | 3,7 | 70,4 | 11,6 | 2,9 | 1,5 | 0,42 | 0,65 |

23.05.17 Анализ крови на RW- отр

25.05.17ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТГ - 20,7 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО –12,8 (0-30) МЕ/мл

25.05.17 С-реактивный белок – 11.4 мочевая кислота 249,4

26.05.17 К –4,1 ; Nа – 143 Са – 2,18 ммоль/л

20.05.17 Коагулограмма: ПТИ – 93,8 %; фибр –3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2

### 23.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

25.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -10000 эритр -250 белок – отр

01.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр -500 белок – отр

24.05.17 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.05.17 Микроальбуминурия –57 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.05 | 9,3 | 7,1 | 8,7 | 9,1 |
| 26.05 | 7,5 | 10,1 | 8,0 | 7,4 |
| 31.05 | 7,0 | 7,3 | 6,6 | 11,1 |

22.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение, хр. течение. ДЭП 1- II сочетанного генеза, цефалгический с-м. ДДПП распространённого характера с-м торакалгии, люмбалгии, болевой с-м. Хр. рецидивирующее течение.

2015 Окулист: . Начальная катаракта Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

22.05.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия желудочковая экстрасистолия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

24.05.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь Ш ст3 степени. Гипертензивное сердце. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. без систолической дисфункции ЛЖ.

24.05.17 на р-гр ПОП + ГОП признаки субхондрального склероза снижение высоты межпозвонковых дисков. на р- гр правой половины р клетке без особенностей. Нар-гр обеих т/бедренных суставов сужение суставных щелей субхондрального склероза характерно для ДОА II ст. справа.

23.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст Варикозная болезнь н/к. ВР поверхностных вен. н/к в области голени сдвух сторон 1- II ст. п/о вентральная грыжа средних размеров, не вправимая. .

24.05.17 Дуплекс сканирование вен н/к. : Эхопризнаки эктазии подкожных вен н/к и лимфостаза обеих н/к.

29.05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в по-видимому повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

30.05.17 ревматолог: Остеоартроз т/бедренных, коленных суставов Rо 1-II СФН I

24.05.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА справа 15-16, слева 17-18%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.05.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,8см3; лев. д. V =7,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с множественными расширенными фолликулами до 0,35 см. В пр доле в в/3 гидрофильный узел с четким ровными контурами 1,1\*0,88 В с/3 пр доли такой же узел 0,84\*0,73 см. рядом такой же узел 1,13\*1,1 см. У перешейка справа такой же узел 1,19\*0,88 в в/3 левой доли такой же узел 0,7\*0,54 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Аспирин кардио, предуктал MR, ивабрадин, офлоксацин, канадский йогурт, мефармил, Фармасулин НNP, физиотенс, амлодипин, торсид, тиогамма, витаксон, луцетам,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 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: Фармасулин НNP п/з-38-40 ед., п/уж -18-20 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Рек кардиолога: триплексан 10/2,5/10, предуктал MR 1т 2р/д 3мес, аспирин кардио 100 мг, трфиас 10 мг1 нед. ивабрадин 7,5мг 2р\д, контроль АД ЧСС ЭКГ.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. Рек ревматолога: артрокс 2,0 в/м 1р через день № 20, затем пиаскледин 300 1к утром с едо до 2 мес. этол форт 1т 2р/д 7 дней затем 1т 1р/д 10 дней и при болях. Серрата 1т 3р\д 2 нед. ризостин 1т 7 дней до 6 мес. кальцекс1т 2р/д 1 мес. затем 1т 1р\д 1 мес 3 курса в год.наблюдение терапевта Контроль ДЕХА через 6 мес.
6. Осмотр окулиста по м\ж
7. Наблюдение хирурга по м\ж. оперативное лечение в плановом порядке. Ношение эластичного трикотажа.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В