#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 953

##### Ф.И.О: Русева Тамара Анатольевна

Год рождения: 1970

Место жительства: Приморский р-н, г. Приморск ул. Калинина 156

Место работы: КДУЗ я/с «Казка», музыкальный руководитель.

Находился на лечении с 03.07.17 по 13.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хронический дакриоцистит ОД. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. СПО 03.05.17, вскрытие ишиоректального абсцесса ягодичной области. Остаточные явления в виде инфильтрата пр. ягодичной области. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5-7 кг за 2 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диапирид 4 мг 1р/д, диаформин 1000 2р\д). С 01.05.17 по 23.05.17 стац лечение в х/о приазовской ЦРБ по поводу острого гнойного парапроктита, где впервые переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-8-10 ед., п/о-6ед., п/у- 4-6ед., 22.00 2-4 ед.. Гликемия – 8-11ммоль/л. НвАIс - 9,7% от 02.06.17. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 04.07 | 144 | 4,3 | 6,0 | 48 | 0 | 2 | 74 | 20 | 4 |
| 06.07 | 145 | 4,4 | 4,6 | 43 | 1 | 1 | 66 | 30 | 2 |
| 10.07 | 146 | 4,4 | 6,1 | 42 | 2 | 3 | 58 | 31 | 6 |
| 12.07 | 146 | 4,4 | 5,8 | 29 | 1 | 2 | 62 | 32 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.07 | 104 | 4,83 | 1,26 | 1,29 | 2,96 | 2,7 | 2,5 | 61 | 19,9 | 4,2 | 1,8 | 0,29 | 0,25 |

06.07.17ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 16,0 (0-30) МЕ/мл

04.07.17 К – 4,53 ; Nа – 138Са - Са++ -1,13 С1 – 100,6 ммоль/л

### 04.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. –ед в п/зр

05.07.17 Суточная глюкозурия – 3,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.07.17 Микроальбуминурия –32,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.07 | 15,2 | 14,8 | 15,8 | 13,2 | 17,2 |
| 06.07 | 13,1 | 14,9 | 12,0 | 14,0 |  |
| 08.07 | 9,5 | 15,2 | 11,3 | 15,4 |  |
| 09.07 | 9,8 | 11,8 | 8,2 | 8,9 |  |
| 11.07 | 5,7 | 10,8 | 6,8 | 5,9 |  |
| 12.07 | 5,4 |  |  |  |  |

05.07.17Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,5 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Сосуды сужены, извиты, вены полнокровны. по всему заднему полюсу разнокалиберные геморрагии, экссудаты. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хронический дакриоцистит ОД.

05.07.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

08.07.17ЭХО КС: Уплотнение стенок Аорты, соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

10.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.07.17Хирург: СПО 03.05.17, вскрытие ишиоректального абсцесса ягодичной области. Остаточные явления в виде инфильтрата пр. ягодичной области.

21.06.17РВГ: 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 снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

12.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Перешеек – 0,35см.

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

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, эналаприл, цетрин, диалипон, тивортин, метфогамма,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. За время лечения в области инфильтрата пр. ягодичной области гиперемия, отечность уменьшились, данных за гнойное воспаление нет. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больная переведена на Генсулин Н Генсулин Р.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з- 4-8ед, Генсулин Н п/з 28 ед. п/у 22 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: нолипрел форте 1т 1р/д. Контр. АД.
5. Диалипон 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.
6. Конс. невропатолога по м/ж.
7. Рек хирурга: продолжить обработку в области инфильтрата бетадином, наблюдение хирурга, проктолога по м\ж
8. Б/л серия. АГВ № 2359 с 03.07.17 по 13.07.17. к труду 14 .07.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В