#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 695

##### Ф.И.О: Павленко Геннадий Петрович

Год рождения: 1974

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ул. К-Либкнехта, 57

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 02.06.16 по 15.06.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, начальные проявления. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Гипертоническая болезнь Ш степени 2 ст. Гипертензивное сердце Риск 4.Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/150 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Принимал Диабетон MR, сиофор. С 01.2015 переведен на инсулинотерапию в связи с патологией почек (протеуирнии, снижение СКФ до 45мл/мин) В наст. время принимает: Хумодар Б100 Р п/з-8 ед. п/у 6 ед. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 10-15 лет. Из гипотензивных принимает, физиотенз, бисопролол кардиомагнил. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.06.16 Общ. ан. крови Нв –140 г/л эритр –4,3 лейк – 7,2 СОЭ –33 мм/час

э- 1% п- 0% с- 64% л- 30% м- 5%

06.06.16 Биохимия: СКФ –29,7 мл./мин., хол –5,6 тригл -3,2 ХСЛПВП -1,18 ХСЛПНП – 3,0Катер -3,7 мочевина –17,7 креатинин – 390 бил общ –10,9 бил пр –2,5 тим – 1,7 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,26 ммоль/л;

09.06.16 Глик. гемоглобин – 7,4%

10.0616 К – 4,8 ; Nа – 143 ммоль/л

15.06.16 Биохимия: СКФ –29,9 мл./мин, мочевина –18,7 креатинин – 387

07.06.16 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –2-3-4 в п/зр белок – 0,0659 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

08.06.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр -500 белок – 0,653

06.06.16 Суточная глюкозурия – 0,66%; Суточная протеинурия – 2,14

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.06 | 6,1 | 6,6 | 6,8 | 9,8 |
| 07.06 |  | 8,8 |  |  |
| 12.06 | 6,9 | 5,4 | 4,9 | 7,3 |
| 13.06 | 6,9 |  |  |  |

02.06.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, начальные проявления.

06.06.16Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). макулярная область без особенностей. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

02.06.16ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

08.06.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь Ш степени 2 ст. гипертензивное сердце риск 4.

02.06.16 Ф ОГК№ 96405: без патологии.

06.06.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.05.16Нефролог: ХБП IV ст. диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия

06.06.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст с обеих сторон, тонус сосудов N.

09.06.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени и поджелудочной железы, гепатомегалии, деформации желчного пузыря. признаки диффузных изменений паренхимы обеих почек, повышения спектральных характеристик кровотока по почечным артериям.

Лечение: физиотенс, аспекард, диалипон, витаксон , тивортин, Хумодар Б100Р, нормазе, Инсуман Базал,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли н/к. АД 140/80мм рт. ст. В условиях стационара пациент переведен на Инсуман Базал.При ухудшении состояния, повышения уровня креатинина, мочевины пациента рекомендовано представить на диализную комиссию.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога , нефролога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, соли, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал, п/з-10-12 ед., п/уж – 8-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., СКФ, показателей азотемии, протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: физиотенс 0,2 мг веч., бисопролол 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. нефролога. Д набл. терапевта, нефролога по м/ж.Диета с ограничением соли, белка. Контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1 раз в 2 мес. Нормазе по 15 мл-2-3р/д. При ухудшении состояния , повышения уровня креатинина, мочевины пациента рекомендовано представить на диализную комиссию.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/Зав. отд. Гура Э. Ю.

и/о Нач. мед. Гура Н.Н.