#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 254

##### Ф.И.О: Павлюк Василий Александрович

Год рождения: 1950

Место жительства: Михайловский р-н, с. Заветное 44

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 20.02.18 по 01.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Вторичная макулодистрофия ОД. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хр. пиелонефрит, обострение. Образование правой почки (СПО 27.12.17 лапароскопическая нефрэктомия справа и часть надпочечника). ДЭП 1-II ст. смешанного генеза, церебрастенический , цефалгический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Варикозная болезнь н/к. ВРВ (поверхностных) Ш ст обеих н/к

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 1-2 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. Ранее принимал диапирид, диаформин. С 12.11.17 – 22.12.17 стац лечение в ОКЭД, где в связи с декомпенсацией СД назначена на инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з-12 ед., п/о-8 ед., п/у- 8ед., Генсулин Н 22.00 – 14 ед. Учитывая впервые выявленное образование левой почки переведен в урологическое отд ЗОКБ 27.12.17 проведено оперативное лечение лапароскопическая нефрэктомия справа ПГЗ № 22508: почечно-клеточная карциома светлоклеточный вариант с инвазией в капсулу почки с очагами некроза pT1bNxMxC3. Со слов больного состоит на учете у онколога ЗОКОД, заключение не предоставлено. Последнее стац. лечение в 12.2017г.. Повышение АД в течение 6 лет. гипотензивную терапию не получает Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 21.02 | 152 | 4,8 | 6,6 | 42 | 1 | 0 | 52 | 42 | 5 |
| 26.02 | 130 | 4,47 | 8,0 | 46 | 1 | 2 | 58 | 34 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 21.02 | 53,1 | 4,27 | 1,52 | 1,19 | 2,9 | 2,5 | 6,9 | 107 | 12,2 | 3,05 | 2,3 | 0,35 | 0,55 |

21.02.18 Глик. гемоглобин – 7,7%

21.02.18 К – 4,33 ; Nа –139 Са++ -1,22 С1 - 106 ммоль/л

22.02.18 АКТГ – 41,5 Кортизол – 20,32

### 21.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1/3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

22.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 56500 эритр -1000 белок – отр

26.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 7500 эритр -250 белок – отр

01.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 3500 эритр -белок – отр

22.02.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 22.02.18 Микроальбуминурия –172 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.02 |  |  | 6,6 | 8,0 |  |
| 21.02 | 6,1 | 7,3 | 6,0 | 9,2 |  |
| 23.02 | 4,8 | 12,1 | 6,6 | 8,5 |  |
| 24.02 | 6,5 | 6,9 | 9,5 | 8,9 |  |
| 25.02 | 7,2 | 8,8 | 9,7 | 8,2 |  |
| 27.02 | 8,2 | 7,9 | 8,3 | 6,9 |  |
| 28.02 | 4,7 |  |  |  |  |
| 01.03 | 5,6 |  |  |  |  |

22.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1-II ст. смешанного генеза, цереброастенчиеский , цефалгический с-м

26.02.18 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены извиты, склерозированы, множественные микроаневризмы, геморргаии, твердые эксудаты. Справа дистрофические очаги. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Вторичная макулодистрофия ОД

20.02.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево.

23.02.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ 1 ст.

26.02.18 КТ ОБП: КТ признаки СПО: нефрэктомии справа, вторичного поражения легких, вторичного поражения внутренней запирательной мышцы справа. МКБ конкремента левой почки, паренхиматозной кисты левой почки

2102.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь н/к. ВРВ (поверхностных) Ш ст обеих н/к, тромбофлебит?

12.2017УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура обычная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р эспа-липон, левофлоксаин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. пациент в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения.

Рекомендовано:

1. Направляется на конс в ЗОКОД с целью решения вопроса дальнейшей терапии, учитывая заключение КТ ОБП
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, онколога, кардиолога, ангиохирурга, уролога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
5. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з 18- 20 ед п/у 14-16 ед
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, небивалол 1,25 м г1р/д. Контроль ЧСС, ЭКГ.
10. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,
11. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга в плановом порядке, УЗД МАГ, нуклео ЦМФ 1т 2р/д.
12. Рек хирурга: веносмил 500 мг 1р/д 2 мес, кардиомагнил 75 мг 1р/д постоянно, лиотон гель 2р/д 2-3 мес
13. Контроль ОАК в динамике.
14. Левофлоксацин 500 мг 1р/д ,продолжить прием до 10 дней ( принимает с 23.02.18). После получения результатов бак посева мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам конс уролога по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.