#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1592

##### Ф.И.О: Кропин Константин Владимирович

Год рождения: 1975

Место жительства: Приморский р-н, с. Подспорье, у Первомайская 3

Место работы: военнослужащий АТО, военная часть А 1978

Находился на лечении с 16.12.14 по 23.12.14 в диаб. отд.

Диагноз: Гипергликемия натощак. Дистальная полинейропатия н/к, начальные проявления, неутонченного генеза. Минно-взрывная травма, ЗЧМТ. Ликворно-гипертензионный с-м. Вестибуло-атактический с-м. Посттравматические стрессовые расстройства. Диссомия. Тревожный с-м. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Хронический эрозивный гастродуоденит с болевым и диспептическим синдромом, ассоциированный с H-pylory. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Омозолелость стоп, трещины 1п. обеих стоп.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: Повышение глюкозы крови выявлено впервые при обследовании по м/ж, в связи с обострением хронического бронхита, амбулаторно гликемия до 14,8 ммоль/л. Ухудшение состояния отмечает последние 2 мес, с 31.08.2014 по 27.11.14 исполнял боевые задания по время проведения Антитеррористической операции на территории Донецкой и Луганской области. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для уточнения диагноза.

Данные лабораторных исследований.

17.12.14 Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр – 4,6лейк – 6,6 СОЭ –6 мм/час

э- 1% п- 1% с- 49% л- 47% 2- %

17.12.14 Биохимия: СКФ –96,5 мл./мин., хол –6,2 тригл -1,4 ХСЛПВП -1,9 ХСЛПНП -3,6 Катер 2,26- мочевина –2,8 креатинин –88,8 бил общ –11,5 бил пр –3,0 тим –2,9 АСТ – 1,09 АЛТ –1,86 ммоль/л;

19.12.14 Амилаза – 44,81 Е/л

19.12.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

### 17.12.14 Общ. ан. мочи уд вес 1003 лейк – 30-35 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

19.12.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

18.12.14 Суточная глюкозурия – 1,46 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.12.14 Микроальбуминурия –85,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.12 |  |  |  | 4,3 | 3,4 |
| 17.12 2.00-3,5 | 7,3 | 3,3 | 5,1 | 5,1 | 4,0 |
| 19.12 | 6,1 |  |  |  |  |

20.12.14 ОГТТ с 75 гр глюкозы: натощак 5,9ммоль/л, ч/з 1 час 5,3 ммоль/л, ч/з 2 часа 3,7 ммоль/л.

Назначено МРТ головного мозна на 29.12.14

17.12.14Невропатолог: Дистальная полинейропатия н/к, начальные проявления, неутонченного генеза. Минно-взрывная травма, ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга? Ликворно-гипертензионный с-м. Вестибуло-атактический с-м. Посттравматические стрессовые расстройства Диссомия. Тревожный с-м.

Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены незначительно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.12.14ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная.

18.12.14Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени.

17.12.14 Р-скопия ОГК: легкие без очаговых и инфильтративных теней, сердце без особенностей.

19.12.14 ФГДЭС: H-pylory резко положительный (+++). Недостаточность кардии, эрозивный рефлюкс эзофагит. Эрозивная гастродуоденопатия.

19.12.14 гастроэнтеролог: Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим синдромом, ассоциированный с H-pylory. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

19.12.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 области шейки, застоя в ж/пузыре; микролитов в почках.

Лечение: каптоприл, индапрес, эналаприл, тритика, диакарб аспаркам, омепразол, карведилол, Инсуман Рапид, L-лизин, глиятон, диалипон ,актовегин, перевязки Н2О2.

Состояние больного при выписке: Учитывая проведенный ОГТТ данных за сахарный диабет нет, имеет место гипергликемия натощак, что обусловлено вероятнее всего патологией ЖКТ. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Контроль гликемии в течении суток в динамике.
4. Рек. кардиолога: карведилол 12,5мг 2р/д.Контроль АД. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг 2р/д. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
7. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 5, диакарб 1т 1р в 3 дня с аспаркамом 1т 3р/д в день приема, триттико 1/3т веч до поддерживающей 1т/сут. МРТ головного мозга (назначено на 29.12.14 в условиях ЗОКБ). Конс психоневролога, нейрохирурга ЗОКБ.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, щелочная фосфатаза, ТТГ, эзолонг 40 мг ( проксиум) 1т 2р/д за 30 мин до еды 2 нед, де-нол 2т 2р/д за 30 минут до еды 2 нед. Гавискон форте (фосфалюгель) 1п 3р\д ч/з 30-40 мин после еды. Госпитализация в гастрологическое отд. ЗОКБ.
10. Справка № с 16.12.14 по 23.12.14.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.