#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 766

##### Ф.И.О: Песоцкий Алексей Александрович

Год рождения: 1987

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Балабино ул. Пролетарская 1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.06.16 по 06.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. С-м вегетативной дисфункции, перманентного характера, цефалгический, астеноневротический с-м. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хронический рецидивирующий панкреатит тяжелое течение с нарушением внутрисекреторной функции. Жировая дистрофия печени. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, болезненность в левом подреберье, гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-8 ед., п/о- 8ед., п/у- 8ед., Фармасулин НNР 22.00 – 6 ед. ( доза инсулина уменьшена эндокринологом по м\ж) с 08.04.16 по 15.04.16 стац лечение в Днепропетровском государственном научно-исследовательском институте медико-социальных проблем инвалидности. с 05.05.16 по 17.05.16 стац лечение в ОКЭД. Выписан с рекомендациями : Фармасулин Н п/з-12-14 ед., п/о- 6-8ед., п/у- 6-88ед., Фармасулин НNР п/з 10-12ед, 22.00 – 14-16 ед. Глик гемоглобин от 05.2016 – 6,6%. Ухудшение состояния с 16.06.16. Госпитализирован в терапевтическое отделение Запорожской ЦРБ с обострением хронического панкреатита( проводилась дезинтоксикационная, регидратационная терапия). Для дальнейшей коррекции инсулинотерапии переведен в ОКЭД.

Данные лабораторных исследований.

22.06.16 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр –4,5 лейк –6,4 СОЭ –14 мм/час

э- 1% п- 0% с- 70% л- 24% м- 5%

22.06.16 Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол –4,1 тригл -2,06 ХСЛПВП -0,82 ХСЛПНП -2,34 Катер -4,0 мочевина –3,1 креатинин –105 бил общ –18,0 бил пр –6,6 тим –1,5 АСТ –1,30 АЛТ – 3,03 ммоль/л;

29.06.16бил общ –14,8 бил пр –4,7 тим – 1,7АСТ –0,43 АЛТ – 1,15 ммоль/л;

22.06.16 Амилаза – 24,7 (0-90)

23.06.16 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

24.06.16 К – 4,1 Na – 132 ммоль/л

29.06.16 К – 4,2 ммоль/л

### 22.06.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - в п/зр

23.06.16 Суточная глюкозурия – 2,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 24.06.16 Микроальбуминурия –109,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.06 |  |  | 9,9 |  |  |
| 23.06 | 4,7 | 13,4 | 5,8 | 7,2 |  |
| 25.06 2.00-3,8 |  | 11,2 | 8,6 | 15,2 |  |
| 28.06 2.00-7,2 | 6,5 | 15,6 | 7,4 | 8,0 |  |
| 30.06 2.00-7,6 | 9,7 | 8,7 | 6,9 | 17,8 | 10,6 |
| 02.07 | 7,7 | 6,2 | 9,7 | 12,7 |  |
| 04.07 |  |  |  | 16,4 |  |
| 05.07 |  |  |  | 6,8 |  |

01.07.16Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции, перманентного характера, цефалгический , астеноневротический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

29.02.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,7 ; ВГД OD=19 OS=19

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, вены нормального калибра. сосуды извиты. Макулярная область без особенностей.

29.06.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия ЛЖ. с-м ранней реполяризации желудочков. Высокие з. Т V2-3 .

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

29.06.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.04.16 Р-скопия ЖКТ Рубцовая деформация ЛДПК хр. гастродуоденит, хр. панкреатит. Пассаж бария по тонкому кишечнику замедлен. Барий равномерно выполнят всю толстую кишку вплоть до ампулы прямой кишки. Пассаж не нарушен.

23.06.16Гастроэнтеролог: Хронический рецидивирующий панкреатит тяжелое течение с нарушением внутрисекреторной функции(СД тип 1). Жировая дистрофия печени.

30.06.16Гастроэнтеролог: СД тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация Хронический панкреатит вне обострения. Жировая дистрофия печени (на фоне основного заболевания)

22.05.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов снижен.

05.07.16Осмотр совместно с и/о нач. мед Гура Н.Н.: диагноз см, выше. Рекомендовано направить на конс. на обл. МСЕК для решения вопроса утраты трудоспособности.

23.06.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, мелких конкрементов, микролитов в почках.

06.05.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,7 см3; лев. д. V = 7,7 см3

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

Лечение: небивалол, урсоност, креазим, лактиале, проксиум, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, атоксил, эналаприл, амлодипин, трибудат

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 12-14ед., п/о-6-8 ед., п/уж -6-8 ед., Фармасулин НNРп/з 10-12 ед, 22.00 10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: престариум 2,5-5 мг веч., небивалол 2,5 г 1р\д. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Рек. невропатолога: адаптол 500 мг 2р\д 1 мес, детралекс 1т 2р\д 1 мес,
8. Рек гастроэнтеролога: урсоност 300 мг 2р/сут 1 мес, затем по 1т 1р\сут 1 мес.креазим 20 тыс 3р\д с едой 1 мес. затем панкреазин 16000 3р\д 1 мес, лактиале 2к. после обеда 14 дней, проксиум 40 мг 1т 1р\д 14 дней.
9. У пациента на фоне СД имеет место нестойкая ремиссия хронического панкреатита, что провоцирует гипогликемические состояния при малейшей погрешности в режиме диетотерапии «страх приема пищи». По профессии пациент является водителем, учитывая вышеизложенное направить на консультацию на областной МСЭК для решения вопроса утраты трудоспособности.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

и/о Нач. мед. Гура Н.Н.