#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 67

##### Ф.И.О: Гончар Геннадий Григорьевич

Год рождения: 1970

Место жительства: Бильмацкий р-н, пгт Куйбышево ул. Гагарина 26

Место работы: ОО «Украина» инженер

Находился на лечении с 05.05.17 по 16.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый ,средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма ( NSS 4, NDS 4) хроническое течение .Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. ХОЗЛ IIIст, кат Д GOLD III ст, нестойкая ремиссия .Эмфизема .Пневмосклероз ЛН IIст. Хронический панкреатит в стадии обострения. Гепатоспленомегалия. Эрозивный эзофагит, эрозивный гастродуоденит с болевым синдромом.Hel.pyl+. Ca pancreas (тело-хвост)? (Цистоадено Са)? Невправимая пупочная грыжа больших размеров

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 12 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/120 мм рт.ст., головные боли, сухой кашель ,боли в животе, общую слабость, утомляемость..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, глибенкламид). В наст. время принимает: глимакс 4мгутром, метамин1000 мг веч. Гликемия –9,0-14,0 ммоль/л. 21.04.17 глик гемоглобин – 7,4%. Ранее в спец. энд. отд не лечился. В течение последних 2 мес отмечает усиление болей н/к, гипергликемию. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 10 мг утром. ХОЗЛ много лет. с 28.04.17 по 24.05.17 лечился в терап отд по м\ж. с диагнозом ОРВИ, хр. бронхит. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 08.05 | 137 | 4,1 | 5,0 | 56 | 1 | 1 | 74 | 22 | 2 |
| 10.05 | 150 | 4,5 | 5,1 | 67 | 0 | 3 | 78 | 17 | 2 |
| 12.05 | 150 | 4,5 | 5,3 | 72 |  |  |  |  |  |
| 16.05 | 130 | 3,9 | 3,5 | 69 | 1 | 1 | 70 | 26 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.05 | 102,9 | 5,0 | 2,0 | 0,94 | 3,1 | 4,3 | 7,3 | 110 | 10,6 | 2,6 | 4,2 | 0,32 | 0,54 |
| 11.5 | 107,2 |  |  |  |  |  | 4,6 | 105,6 |  |  |  |  |  |

11.05.17 Глик. гемоглобин – 13,1%

### 15.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,181 ацетон –отр; эпит. пл. - кд; эпит. перех. - в п/зр

11.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр – 2500 белок – 0,288

10.05.17 Суточная глюкозурия – 1,7%; Суточная протеинурия – 0,182

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.05 | 11,9 | 15,5 | 14,7 | 16,8 |
| 09.05 | 7,2 | 9,9 | 7,8 | 15,1 |
| 11.05 | 8,5 | 10,0 | 11,6 | 7,3 |
| 13.05 | 7,2 |  | 9,2 | 8,2 |
| 14.05 | 7,1 | 8,2 | 7,4 | 10,2 |

25.05.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма ( NSS 4, NDS 4) хроническое течение

10.5.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены полнокровны ,извиты ,с-м Салюс1 ст. В макуле без особенностей. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

08.05.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.05.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст.

10.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Хр. панкреатит вне обострения ? псевдокиста тела, хвоста поджелудочной железы. Невправимая пупочная грыжа больших размеров

13.05.17 Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит в стадии обострения, Муцинозная кистозная опухоль поджелудочной железы. Гепатоспленомегалия. Эрозивный эзофагит. Эрозивный гастродуоденит с болевым-м, H-pylory –положительный.

05.05.17 ФГ № 41025 Легкие повышенной воздушности без инфильтративных изменений корни фиброзно изменены, расширены, легочной рисунок усилен, деформирован. Сердце – гипертрофия ЛЖ.

16.05.17 Осмотр доц. кафедры Ткаченко О.В: диагноз согласован.

12.05.17 КТ ОБП и забрюшинного пространства: КТ признаки муцинозной кистозной опухоли поджелудочной железы, лимфаденопатии чревных и гепато-дуоденальных лимфатических узлов, гепатомегалии, спленомегалии, окклюзии селезеночной вены, пупочной грыжи

05.05.17 пульмонолог: ХОЗЛ IIIст, кат Д GOLD III ст, нестойкая ремиссия .Эмфизема. Пневмосклероз ЛН IIст

12.05.17 Онколог: Susp. Ca pancreas. Псевдокситы pancreas.

12.05.17 ФГДЭС: Эрозивный эзофагит. Эрозивная гастродуоденопатия. Дуодено гастральный рефлюкс.

15.05.17 Онколог: Ca pancreas (тело-хвост)? Gr 1А? (Цистоадено Са)?

08.05.17РВГ:. Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

08.05.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением ее размеров и размеров селезенки без четких признаков портальной гипертензии, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, наличия 2х псевдокист в проекции тела и хвоста поджелудочной железы.

Лечение: лимакс метамин, берлиприл, кардиомагнил, этсет, АСС, флутиксон, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диалипон ,актовегин, витаксон, муколван, гепацеф комби, альмагель, омепразол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 130/80 мм рт. ст. Сохраняется общая слабость, боли в левом подреберье после еды и в ночное время, умеренная отдышка. В результате проведённых дообследований у пациента выявлен Ca pancreas (тело-хвост)? Gr 1А? (Цистоадено Са)? Хр. панкреатит в стадии обострения, Гепатоспленомегалия. Эрозивный эзофагит. Эрозивный гастродуоденит с болевым-м, H-pylory –положительный. Пациент переводится в хирургическое отд. Бильмакской ЦРБ с целью дальнейшего лечения и дообследования.

Рекомендовано:

1. Продолжить стац лечение в хирургическом отд Бильмакской ЦРБ. Перевод согласован с начмедом Перелыгина А.М.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога, пульмонолога, кардиолога, онколога по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 14-18ед., п/о- 10-14ед., Хумодар Б100Р п/у 10-12 ед,
5. Рек кардиолога: хипотел 40-80 мг 1р\д
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
8. Рек гастроэнтеролога: стол № 5-9 эзолонг 40 мг 1т 2р\д за 1 час до еды 2 нед, офор 500 тыс 1т 2р/д 5-7 дней, биогая 1т2р/д за 30 мн до еды перед обедом 10 дней, даларгин 1,0 в/м 10дней,гастронорм 2т 2р/д за 20 мин до еды 2 нед. контроль ФГДЭС после лечения.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
10. Рек пульмонолога: спирива 1 инг в 21.00 постоянно, зафирон 1 инг 2р\д постоянно. Контроль спирографиии.
11. Рек онколога: конс. в х/о № 1 ГБ № 3 с целью уточнения диагноза и решении вопроса об оперативном лечение. Со слов больного, проконсультирован зав. хирургическом отд № 3-й ГБ ( конс. закл. не предоставлено больному), рекомендовано оперативное лечение от которого пациент в настоящее время отказывается.
12. Рек. доц.каф. Ткаченко О.В: конс. онколога для решения вопроса о дальнейшем лечение опухоли поджелудочной железы. Коррекция доз инсулина в зависимости от гликемического профиля
13. Б/л серия. АГВ № 235817 с 05.05.17 по 16.05.17. к продолжает болеть (для дальнейшего лечения переводится в хирургическое отд. Бильмакской ЦРБ.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В