#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 437

##### Ф.И.О: Ивутин Валентин Александрович

Год рождения1962

Место жительства: г. Запорожье ул. 40 л. Победы 11-105

Место работы: КУ «Запорожская городская стоматологическая поликлиника» сторож

Находился на лечении с 22.03.17 по 30.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4). Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП II ст. МКБ с отхождением конкрементов. Хронический панкреатит с нарушением эндокринной, экстреторной функции, вне обострения. Постнекротическая киста поджелудочной железы в области хвоста.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 11 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст - эпизодически, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП ( диапирид, глимакс 4 мг 1р\д). У эндокринолога систематически не наблюдался. Во время прохождения мед осмотра по линии РВК выявлена гипергликемия 18-20 ммоль\л. С 15.03.17 по 21.03.17 проходил стац лечение в терап. отд по м/ж, госпитализирован в кетоацидотическом состоянии, назначена инсулинотерапия, получал дезинтоксикационную, регидратационную терапию. В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Боли в н/к в течение года. С 2011 страдает панкреатитом. Со слов больного в 2012 проводилась дренирование жидкостного образования брюшной полости, забрюшинного пространства по поводу панкреонекроза. Госпитализирован в обл. энд. диспансер по направлению РВК для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.03.17 Общ. ан. крови Нв – 167 г/л эритр –5,0 лейк – 7,2СОЭ –10 мм/час

э- 2% п- 5% с- 43% л-43 % м- 7%

23.03.17 Биохимия: СКФ –97,6 мл./мин., хол –4,9 тригл -1,54 ХСЛПВП -1,13 ХСЛПНП -3,0 Катер -3,3 мочевина –5,0 креатинин –73,7 бил общ – 9,8 бил пр –2,4 тим –1,6 АСТ – 0,14 АЛТ –0,14 ммоль/л;

24.03.17 К – 4,27 ; Nа – 140 Са++ -1,2 С1 - 98 ммоль/л

### 23.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

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

24.03.17 Суточная глюкозурия – 4,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.03.17 Микроальбуминурия – взята , в работе

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.03 2.00-11,6 | 10,7 | 17,8 | 14,5 | 10,6 | 8,9 |
| 25.03 2.00-12,0 | 6,5 | 8,1 | 14,0 | 8,2 |  |
| 26.03 | 8,9 | 10,0 | 9,1 | 9,6 |  |
| 28.03 | 12,3 | 9,2 | 9,2 | 7,1 |  |
| 29.03 | 9,1 |  |  |  |  |

22.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4)

27.03.17 Окулист: VIS OD=0,8 OS= 0,7

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды неравномерного калибра, умеренно извиты, стенки вен уплотнены, с-м Салюс 1. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

22.03.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

27.03.17Кардиолог: На момент осмотра органической патологии со стороны серца не выявлено.

29.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.Хронический панкреатит с нарушением эндокринной, экстреторной функции, вне обострения. Постнекротическая киста поджелудочной железы в области хвоста.

24.03.17Нефролог: ХБП I ст.: МКБ с отхождением конкрементов.

23.03.17РВГ

24.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, хр. панкреатита, кистозного образования в проекции хвоста поджелудочной железы, мелких конкрементов, микролитов в почках без нарушения урокинетики.

24.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9 см3; лев. д. V =6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Инсулар Актив ,Инсулар Стабил, атоксил, ксилат,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, повышение гликемии в утренние время связано с погрешностью в диетотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Актив п/з-18-20 ед., п/о-18-20 ед., п/уж -16 ед., Инсулар Стабил 22.00 18-20 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: Контроль АД.
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витаксон 2,0 в/м № 10
6. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
7. Рек хирурга: с целью точной верификации диагноза рекомендовано выполнение КТ ОБП в плановом порядке, оперативное лечение в плановом порядке ( фенистрация, резекция кисты), наблюдение гастроэнтеролога.
8. Конс. гастроэнтеролога ЗОКБ согласована на 30.03.17 ( 12.30)
9. Справка № с 22.03.17 по 30.03.17 Заполнен акт РВК.
10. Направляется на ВКК по м\ж по настоянию пациента.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В