#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 430

##### Ф.И.О: Романцов Василий Васильевич

Год рождения: 1979

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи, пер. Водопроводный 16-9

Место работы: ООО «Романцов иК», директор

Находился на лечении с 23.03.18 по 03.04.18 в энд. отд. (ОИТ23.03.18-26.03.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Диффузный эутиреоидный зоб. Хр. эрозивный гастродуоденит, H-pylori – отр. обострение Язвенная болезнь, неактивная фаза. Рубцовая деформация луковицы ДКП. Хронический панкреатит с нарушением инкреторной функции поджелудочной железы . Жировая дистрофия печения 1 ст. Стеатогепатоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, быструю утомляемость снижение веса на 5 кг за год ( 24 кг за 2 года),

Краткий анамнез: СД выявлен в2016г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (комбоглиза 2,5/1000 мг 2р/д Ухудшение состояняи в течение 2х недель после погрешности в диете когда появилисб боли в эпигастральной области Получал стац лечение 14-22.03.18 в Пологовской ЦРБ выписка « 979 прилагается по поовду хр. панкреатита, обострение. гликемия 12-15 ммоль/л ацетон 4+, комы отрицает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения кетоацдоза

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | Тр | э | п | с | л | м |
| 23.03 | 143 | 4,6 | 9,2 | 49 | 210 | 1 | 2 | 67 | 24 | 6 |
| 27.03 | 130 | 4,2 | 5,7 | 52 | 215 | 1 | 2 | 65 | 27 | 5 |
| 02.04 | 134 | 4,0 | 4,9 | 29 | 220 | 0 | 1 | 66 | 31 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.03 |  |  |  |  |  |  | 4,5 | 110 | 9,4 | 2,1 | 1,44 | 0,21 | 0,35 |
| 26.03 |  | 6,62 | 4,2 | 0,8 | 3,89 | 7,3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27.03 | 109 |  |  |  |  |  |  | 78 |  |  |  |  |  |

23.03.18 Амилаза- 51,4

03.04.18 Амилаза – 55,4

29.03.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

27.03.18 Глик. гемоглобин – 9,6%

23.03.18 Гемогл –143 ; гематокр – 0,43 ; общ. белок – 79 г/л; К – 3,2 ; Nа –13323.03 ммоль/л

27.03.18 С-пептид – 2,68 ( 1,1-4,4)

24.03.19 К – 4,9 ммоль/л

25.03.18 К – 4,56 Nа – 132

27.03.18 К – 4,66 ; Nа –135 Са++ - 1,09С1 -106 ммоль/л

03.03.18 АЧТЧ - 23,0 МНО 1,05 ПТИ 96 вр - 9 фибр в - отр

### 23.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 7-8 в п/зр белок – 0,042 ацетон –3+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

С 24.03.18 а етон – отр

24.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

24.03.18 Суточная глюкозурия –отр %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.03.18 Микроальбуминурия –35,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.03 |  | 7,2 | 5,2 | 9,8 |  |
| 25.03 | 6,6 | 7,0 | 8,1 | 5,1 |  |
| 27.03 2.00-5,7 | 6,0 | 8,6 | 4,3 | 6,5 |  |
| 29.03 | 5,4 | 6,1 | 6,8 | 7,6 |  |
| 31.03 | 6,5 | 6,2 | 9,5 | 6,5 |  |

28.03.18Невропатолог: На момент осмотра патологи со стороны ЦНС и ПНС нет.

23.03.18Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды умеренно извиты, вены уплотенны. В макулярной области без особенностей.

02.04.18ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.. Изменения миокарда зданй стенки

03.04.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.. сохраняется снижение ST в Ш AVF, II отведении. Уплощение зубца Т V4-6.

03.04.18Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0-1

27.03.18 ФГДЭС: эрозивная гастропатия. Дудено-гастральный рефлюкс. Рубцовая деформация луковицы ДПК.

ЭХО КС: КДР- см; КДО- мл; КСР- см; КСО- мл; УО- мл; МОК- л/мин.; ФВ- %; просвет корня аорты - см; ПЛП - см; МЖП – см; ЗСЛЖ – см; ППЖ- см; ПЛЖ- см; По ЭХО КС: Гипертрофия

28.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ПО данным ФЭГДЭС. Эрозивная гастропатия.

03.04.18 ХИруррг: н а момент осмотра четки клинчиеских данных за острый панкреатит нет, .

28.03.18 Гастроэнтеролог: Хр. эрозивный гастродуоденит, H-pylori – отр. обострение Язвенная болезнь, неактивная фаза. Рубцовая деформация луковицы ДКП. Хронический панкреатит с нарушением инкреторной функции поджелудочной железы . Жировая дистрофия печения 1 ст Стеатогепатоз..

03.04.18 Гастроэнтеролог повторно, диагноз прежний :

02.04.18 КТ ОБП: КТ признаки острого панкреатита спленомегалии, пграничной забрюшинной лимфоденопатии, осложенной кисты заднего сегмента правой почки, добавочных почечных аретрий с обеих сторон.

04.04.18 ВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

04.08.18 Допплерография: ЛПИ справа – , ЛПИ слева – . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

04.04.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по ратериям голеней с 2х сторон Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; спленомегалии, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника.

27.03.18 ФГ: легкие без инфильтрации. ЛСева на фоне Ш ребра кальцинат, сердце – без особенностей.

27.03.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

29.03.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Инсуман Рапид, альмагель, берлитион, лесфаль, контривен, аспаркам, ксантинол, энетросгель, фервекс, Инсуман Базал, омепразол, креон, пантопразол, гастронорм.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 10-12ед., п/уж -8-10 ед
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, тиотриазолн 200 мг 2р/д 1 мес. Контроль ЭКГ через 6-10 дней.
9. Рек хирурга: контроль КБА, БАК (амилаза, дсиастаща) при необхходимоси ан на онкомаркеры.
11. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
12. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
13. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
14. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
15. Рек доц. каф. Ткаченко ОВ: учитывая изменения на ФГ легких показано КТ ОБП.
16. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
17. Рек. гастроэнтеролога: контроль амилазы крови и диастазы мочи в динмике., ан крови на РЭА ИСА IgG гастронорм 2т 2р/д 14 дней, кеон 25 тыс -4 р 14 дней дуспаталин 1к 2 нед,
18. Б/л серия. АДГ № 6719 с .03.18 по .04.18. к труду .04.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.