#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 955

##### Ф.И.О: Пинчук Юрий Иванович

Год рождения: 1979

Место жительства: г. Энергодар упр. Строителей 10/62,

Место работы: ЗАЭС, слесарь инв Ш гр

Находился на лечении с 17.07.18 по  25.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени.. Риск 4. Хронический панкреатит, тяжелое течение в исходе острого панкреатита, панкреонекроза: 10.2017. СПО 04.05.18. цистоеюноанастомия на петле тонкого кишечника по Ру, некросеквестроэктомия по поводу постнекротической кисты головки поджелудочной железы, эрозивный гастродуоденит в стадии обострения, рефлюкс эзофагит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. 10.2017 в связи с острым панкреатитом был переведен на инсулинотерапию ( принимал Хумодар Р100Р коротким курсом). Затем самостоятельно перешел на прием диаформина 500 мг 1р/д. с 15.05.18 – 13.06.18 проходил лечение НИИ им Шалимова, где проведено оперативное лечение 04.06.18 лапаротомия, цистоеюноанастомия на петле тонкого кишечника по Ру, некросеквестроэктомия по поводу постнекротической кисты головки поджелудочной железы. Переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 18ед., п/о- 14ед., п/у- 12ед., Протафан НМ 22.00 – 28 ед. Гликемия –8-18 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает коронал 10 мг1 р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.07 | 142 | 4,3 | 5,9 | 24 | |  | | 1 | 2 | 70 | 25 | | 2 | | |
| 24.07 |  |  | 5,8 | 12 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 100 | 4,2 | 2,7 | 0,70 | 2,2 | | 5,0 | 4,9 | 88 | 10,8 | 2,6 | 3,47 | | 0,34 | 0,82 |

18.07.18 Глик. гемоглобин -8,3 %

18.07.18 К –4,72 ; Nа –143 Са++ -1,16 С1 -105 ммоль/л

### 18.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.07.18 Суточная глюкозурия –0,55 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.18 Микроальбуминурия –57,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07 |  |  | 9,0 | 10,3 |  |
| 18.07 | 6,1 | 8,6 | 6,5 | 7,6 |  |
| 19.07 |  | 6,9 | 8,7 | 6,8 |  |
| 20.07 |  |  |  | 9,4 | 8,7 |
| 21.07 2.00-6,3 | 7,1 | 7,2 | 5,8 | 7,2 |  |
| 22.07 | 5,9 | 6,7 | 6,4 | 9,6 |  |
| 24.07 | 5,2 | 6,1 | 7,0 | 4,6 |  |

19.7.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6).

18.07.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;.

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: А:V 1:2 вены умеренно извиты, полнокровны, артерии несколько сужены. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.07.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

19.7.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. . Риск 4.

17.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

20.07.18 Гастроэнтеролог: хронический панкреатит, тяжелое течение в исходе острого панкреатита, панкреонекроза: 10.2017. СПО 04.05.18. цистоеюноанастомия на петле тонкого кишечника по Ру, некросеквестроэктомия по поводу постнекротической кисты головки поджелудочной железы, эрозивный гастродуоденит в стадии обострения, рефлюкс эзофагит

17.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V =7,0 см3

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

Лечение: де-нол, даларгин, фосфалюгель, креон, Актрапид НМ, Протафан НМ , коронал, диалипон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гликемия нормализовалась, общее состояние улучшилось. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-6-8 ед.,., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ п/з 26-28 ед, п/у 24 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (фибраты или питовастатин) после курса лечения у гастроэнтеролога и повторной консультации.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами, после курса лечения у гастроэнтеролога и повторной консультации.
8. Рек. кардиолога: небивалол 5-10 мг 1р/д. Контроль АД, ЧСС.
9. Рек. невропатолога: неогабин 75 мг 2р/д 5 дней с послед увеличением дозы до 150 мг 2р/д. длительно, преп. а-липоевой к-ты 600 мг /сут
10. Рек гастроэнтеролога: стол № 1, 5 режим питания, дообследование на H-pylori, де-нол или гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 10 дней, даларгин 1,0 в/м № 10, фосфалюгель 1п 3р/д через 30-40 мин после еды 7-10 дней, пангрол 10 тыс 1т 3р/д во время еды 1 мес
11. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 17.07.18 по 25.07.18 к труду 26.07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Гл. врач Черникова В.В.