#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1388

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

Год рождения: 1962

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

Место работы: КУ «Запорожская городская стоматология № 7» сторож

Находился на лечении с 23.10.18 по  02.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Хронический панкреатит в стадии обострения, тяжелое течение, осложнившее псевдокистами. портальная, билиарная гипертензия. Хронический гепатоз. Вторичный колит. Дискинезия толстого кишечника по смешанному типу. Метаболическая кардиомиопатия СНI –II А. Правосторонний орхоэпидимит. Анемия неясного генеза, средней тяжести.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за 6 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диапирид, глимакс). 03.2017 в связи с кетоацидотическим состоянием переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з- 18ед., п/о- 18ед., п/у- 16ед., Инсулар Стабил 22.00 – 16 ед. Гликемия –10-16 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 216г. С 2011 страдает панкреатитом, 2012- панкреонекроз. 2012 – дренирование жидкостного образования по поводу панкреонекроза. 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 | | |
| 24.10 | 119 | 3,4 | 7,2 | 51 | |  | | 1 | 4 | 65 | 20 | | 10 | | |
| 26.10 | 110 | 3,12 | 7,6 | 70 | |  | | 1 | 1 | 72 | 23 | | 3 | | |
| 30.10 | 100 | 2,91 | 5,0 | 50 | |  | | 1 | 0 | 61 | 36 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.10 |  | 3,2 | 1,41 | 0,960 | 1,65 | | 2,6 | 2,0 | 63 | 10,3 | 2,6 | 1,4 | | 0,52 | 0,46 |
| 30.10 |  |  |  |  |  | |  | 2,5 | 61 | 9,8 | 2,1 | 1,2 | | 0,24 | 0,22 |
| 01.11 | 110 |  |  |  |  | |  |  | 63 |  |  |  | |  |  |

25.10.18 Амилаза – 14,1

24.10.18 Глик. гемоглобин -12,1 %

24.10.18 К – 3,04 ; Nа – 132 Са++ - 1,07С1 - 102 ммоль/л

30.10.18 К – 3,61 Na – 133 Са – 1,08 С1- 100

### 24.10.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1/3 в п/зр белок – 0,055 ацетон –отр; эпит. пл. – ум ; эпит. перех. -2-3 в п/зр

26.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 125000 эритр - 2000 белок – 0,040

30.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 162500 эритр - 2000 белок – 0,045

26.10.18 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – 0,65

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.10. |  |  | 19,5 | 10,8 |
| 25.10 | 5,0 | 14,3 | 15,6 | 13,6 |
| 26.10 2.00-10,5 |  |  |  |  |
| 27.10 | 11,1 | 11,2 | 21,0 | 11,7 |
| 28.10 | 5,8 | 7,7 | 14,2 | 16,8 |
| 29.10 |  |  |  | 9,6 |
| 30.10 |  |  | 9,9 |  |
| 31.10 |  |  | 10,7 | 8,9 |
| 01.11 | 8,9 | 8,3 |  |  |
| 02.11 |  |  |  |  |

29.10.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: А:V 1:2 умеренно сужены ,извиты вены неравномерного калибра. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

25.10.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

25.10.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия

24.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. ДДТ ПОП № 10 ,массаж ПОП № 10, Магнитотерапия голеней № 10.

25.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хронический панкреатит с нарушением эндокринной и экскреторной функции поджелудочной железы СПО (2013- дренирование забрюшинного пространства. Постнекротические кисты головки, хвоста поджелудочной железы. Хр. колит.

27.10.18 Уролог: Правосторонний орхоэпидимитрек: цефтриаксон 1гр 2р/д в/м., юнидокс солютаб или доксциклин 100 мг 1т/сут после обеда 5 дней ( принимал с 28.10.18), полуспиртовый компресс на пр. половину мошонки.

29.10.18 Уролог ЗОКБ: Правосторонний орхоэпидимит Рек: УЗИ органов мошонки, левофлоксацин 0,5 2р/д 7 дней, затем азитромицин 1т 1р/д 3 дня, свечи с ревмоксикамом 2р/д 7 дней ,веносмил 1т 3р/д 2 нед ,местно гепариновая мазь 2 нед.

25.10.18, 01.11.18 Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии обострения, тяжелое течение, осложнившее псевдокистами. портальная, билиарная гипертензия. Хронический гепатоз. Вторичный колит. Дискинезия толстого кишечника по смешанному типу.

31.10.18 Нефролог: для уточнения причины отеков – анализ мочи общий, суточная протеинурия, общий белок крови, альбумин. Повторная консультация.

25.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

30.10.18 КТ ОБП: КТ признаки хронического калькулёзного панкреатита, осложнённого формированием псевдокист компремирующих дистальную часть холедоха и селезенночную вену. Биллиарная гиперплазия портальная гипертензия.

12.10.18 Дупл сканирование артерий н/к: артерии н/к проходимы. Многочисленные атеросклеротические бляшки в бедреных артериях, гемодинамически значимых сужений не выявлено. Скорость кровотока нормативны. Глубокие, поверхностные вены проходимы, просветы свободны. В подкожной клетчатки голени признаки лимфостаза.

25.10.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии с начинающимся циррозированием без четких признаков портальной гипертензии, застоя в желчном пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хронического панкреатита с наличием простой кисты в головке поджелудочной железы, крупной кисты в проекции хвоста с взвешенными однородными включениями на всем протяжении кисты, функционального раздражения кишечника. Асцитом, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки, мелких конкрементов в почках.

29.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,4 см3; лев. д. V =6,8 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, веносмин, ципрофлоксацин, спазмомен, ципрофлоксацин, пробиз, креон, торадив юнидокс местно гепариновая мазь, тардиферон.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, показатели гликемии стабилизировались на фоне проведённой коррекции инсулинотерапии. АД 130/70 мм рт. ст. Учитывая сопутствующую патологию пациент нуждается в продолжении стац лечения в в терап. отд по м/ж. перевод согласован с нач. медом ГБ № 7, выписывается с открытым б/л.

Рекомендовано:

1. Продолжить стац лечение в терап. отд ГБ № 7. Перевод согласован с нач. медом.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, гастроэнтеролога, уролога, хирурга по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
5. Инсулинотерапия: Инсулар Актив п/з- 20ед., п/о-24 ед., п/уж -20 ед., Инсулар Стабил 22.00 16-18 ед.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, предуктал MR 1т 2р/д,
10. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
11. Контроль суточной протеинурии после лечения правостороннего орхоэпидимита с целью уточнения диагноза диабетической нефропатии.
12. Рек нефролога: для уточнения причины отеков – анализ мочи общий, суточная протеинурия, общий белок крови, альбумин. Повторная консультация.
13. Рек гастроэнтеролога: щелочная фосфатаза, альфа-амилаза, липаза панкреатическая, АТ к глистной инвазии, эхинокок, токсокароза, аскаридам, лямблии, посев кала на дисбактериоз.(от данных дообследований в условиях эндодиспансера отказался). креон 25 тыс 1т 3р/д во время еды 1 мес. спазмалак 1т 3р/д 2 нед, пробиз 1т 2р/д 1 мес
14. Контроль ан. мочи по Нечипоренко, ОАК в динамике
15. Тардиферон 1т 1р/д. конс гематолога по м/ж учитывая анемию неясного генеза.
16. Б/л серия. АДЛ № 1778 с 23.10.18 по 02.11.18 продолжает болеть.. переводится в теар отд. 7-йгб перевод согласован с начмедом.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.