#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1046

##### Ф.И.О: Татаренко Игорь Петрович

Год рождения: 1967

Место жительства: Запорожье, Полевая 34

Место работы: ООО «Автолидер 2010», начальник СБ

Находился на лечении с 16.08.13 по 30.08.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, впервые выявленный, кетоацидотическое состояние. ПХЭС, хронический рецидивирующий панкреатит, стадия нестойкой ремиссии, течение средней тяжести, с внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы. Хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2-3 кг, судороги, онемение ног, усиление чувствительности ног, склонность к запорам, трещины пяток.

Краткий анамнез: Последние 2 мес обращался к урологу в связи с учащенным мочеиспусканием, воспалительными явлениями гениталий. Обнаружена глюкозурия. При обращении к терапевту по м/ж 16.08.13 гипергликемия 25,0 ммоль/л. Направлен в ЗОЭД. Обследован : гипергликемия 16,0ммоль/л, ацетонурия 3+. В анамнезе гепатит с 2009, холецистэктомия по поводу ЖКБ в 01.2009. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для назначения сахароснижающей терапии.

Данные лабораторных исследований.

17.08.13Общ. ан. крови Нв – 160 г/л эритр – 5,0лейк – 6,3 СОЭ –2 мм/час

э- 1% п- 2% с- 59% л- 35% м-3 %

17.08.13Биохимия: мочевина –3,5 креатинин – 125 бил общ – 10,8 бил пр – 2,7 тим – 6,0 АСТ –1,26 АЛТ – 1,3 ммоль/л;

16.08.13 хол 5,5 ммоль/л

19.08.13 креат -118 тим – 6,0 АСТ – 0,99 АЛТ – 1,6

19.08.13 хол – 4,09 тригл – 2,02 ХСЛПВЩ 1,04 ХСЛПНЩ – 2,13 катер 2,93

23.08.13 Тим 5,6 АСТ 1,14 АЛТ 1,90

27.08.13 тим – 4,6 АСТ 0,53 АЛ 1,22

28.08.13 мочевина 3,8 креатинин 111

16.08.13Анализ крови на RW- отр

16.08.13Гемогл – 152 ; гематокр – 0,46 ; общ. белок – 75 г/л; К – 3,75 ; Nа –133 ммоль/л

21.08.13Гемогл – 145 ; гематокр – 0,42 ; общ. белок – 62 г/л; К – 3,6 ; Nа –135 ммоль/л

23.08.13Гемогл – 150 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок – 62 г/л; К – 4,2 ммоль/л

16.08.13Коагулограмма: вр. сверт. –12 мин.; ПТИ –93,8 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

16.08.13 Амилаза 18,0

17.08.13 К -4,0 ммоль/л

19.08.13 К – 3,8, Na -140ммоль/л

22.08.13. Na – 4.26 моль/л

27.08.13 К – 4,0

19.08.13 С-пептид 1,10 нг/мл (1,1-3,3)

08.07.13 ПСА общ – 0,37 ПСА св – 0,18 нг/мл

20.08.13Проба Реберга: Д- 4,0л, d- 2,77мл/мин., S- 2,51кв.м, креатинин крови-131 мкмоль/л; креатинин мочи- 6380 мкмоль/л; КФ-93,0 мл/мин; КР- 97,1 %

### 16.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 23.07.13 ацетон – отр.

17.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

20.08.13Суточная глюкозурия – 1,3 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 16.08 |  |  | 15,2 | 9,0 | 9,1 |
| 18.08 | 11,2 | 9,7 | 10,7 | 16,1 |  |
| 20.08 | 9,5 | 10,4 | 7,4 | 7,1 | 8,8 |
| 22.08 | 8,7 | 6,2 | 7,0 | 8,3 |  |
| 24.08 | 8,0 | 5,8 | 4,7 | 6,3 |  |
| 26.08 | 7,7 | 4,9 | 3,9 | 5,0 | 4,6 |
| 28.08 | 7,7 | 6,1 | 8,8 | 8,9 |  |
| 29.08 | 7,4 | 6,4 | 6,8 | 6,5 |  |

Невропатолог: без патологии.

Окулист: осмотр в ОИТ.

ДЗН бледно-розовые. В ОД границы нечеткие. В OS четкие. Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны.. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ

19.08.13ЭКГ: ЧСС 85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция горизонтальная.

Нефролог: Данных за патологию почек нет.

19.08.13РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

20.8.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров, без признаков портальной гипертензии, желчный пузырь удален.

2010 Гастроэнтеролог: ПХЭС, хронический рецидивирующий панкреатит, стадия обострения, течение средней тяжести, с внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы. Хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, Инсуман Рапид, ново-пассид, лайф, нейромидин, вазонит, мезим, луцетам, реамбирин, трисоль, реосорбилакт, ксилат, рингер-лактат, энтеросгель, рантак, тивортин, берлитион, ККБ, эссенциале, гепарин, глюкоза 30%, 5%, калия хлорид, гепадиф, аспаркам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 34-36ед., п/у- 18-20ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Б/л серия. АГВ № 234015 с 16.08.13 по 30.08.13. К труду 31.08.13г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.