#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 667

##### Ф.И.О: Булавин Александр Борисович

Год рождения: 1968

Место жительства: Запорожье, ул. Патриотическая 65а -14

Место работы: инв Ш гр. ЧАЭС СА№409477

Находился на лечении с 10 .05.13 по 21.05.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический вирусный гепатит С. ПКН IIст. на фоне хронического панкреатита, тяжелое течение с нарушением внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Состояние после операции (2004-2006гг) субтотальной резекции подж. железы (тела, хвоста). Хронический гастродуоденит в стадии нестойкой ремисии. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения щит железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на общую слабость, быструю утомляемость, периодические гипогликемические состояния в различные время суток, онемение ног, пекущие боли в стопах в ночное время, повышение АД макс. до 120/70мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003 связывает с хроническим холецисто-панкреатитом. В 2004 перенес панкронекроз, неоднократно оперативное вмешателство (2004-2006гг). Выявлен гепатит С. В 2007г оперативное вмешательство по поводу поддиафрагмального абсцесса слева. Непродолжительное время принимал ССТ, в дальнейшем ИТ. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-12-14 ед., п/у12-14 ед., Протафан НМ пз 32-34 ед, п/у 24-26 ед. Гликемия –3,0-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 3лет. Диффузный зоб с 2006г. В 2007г АТТПО-8,3 МЕ /лм (0-30) АТ-ТГ-45,3МЕ/мл(0-100). В 2010 АТ-ТПО-141МЕ/л (0-30); АТТТГ-307,9МЕ/мл (0-100), в связи с чем диагноз изменен на аутоиммунный тиреоидит. ТТГ от 09 .2012 – 3,5Мме/л (0,3-4,0) Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.05.13Общ. ан. крови Нв – 165 г/л эритр –5,1 лейк – 10,6 СОЭ –7 мм/час

э- 2% п0- % с- 69% л-21 % м- 8%

14.05.13Биохимия: СКФ –97,3 мл./мин., хол – 4,5тригл -2,2 ХСЛПВП -0,75 ХСЛПНП -2,7 Катер -5,0 мочевина –6,9 креатинин – 110,5 бил общ –13,9 бил пр –4,0 тим –4,0 АСТ – 1,08 АЛТ – 3,47 ммоль/л;

14.05.13Глик. гемоглобин -9,64(4,8-5,9) %

### 14.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

17.05.13Суточная глюкозурия – 0,58 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.05.13Микроальбуминурия –47,64 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.05 | 12,5 | 9,4 | 6,9 | 12,7 |
| 14.05 | 6,5 | 5,3 | 10,7 | 15,7 |
| 16.05 |  |  |  | 13,1 |
| 18.05 |  | 9,2 | 8,5 | 10,6 |

Окулист 2012 Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. (врач в отпуске)

15.05.13ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная.

19.09.13 Р-графя ОГК без патологии

14.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; выраженных изменений диффузного типа в паренхиме поджелудочной железы с признаками фиброзирования (тело и хвост не лоцируются), обращает внимание увеличение размеров почек (диабетическая почка).

Ангиохирург 2012: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Невропатолог 2012: Дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. (врач в отпуске)

Гастроэнтеролог: Хронический вирусный гепатит С. ПКН IIст. на фоне хронического панкреатита, тяжелое течение с нарушением внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Состояние после операции (2004-2006гг) субтотальной резекции подж. железы (тела, хвоста). Хронический гастродуоденит в стадии нестойкой ремисии.

13.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,1 см3; лев. д. V = 7,3 см3

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

Лечение: Актрапид НМ , Протафан НМ, актовегин, нейробион, эспа-липон, гептрал

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 14-16ед., п/у-14-16 ед., Протафан НМ п/з- 34-36ед., п/у-24-26 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. 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. Эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
8. Эспа-липон 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.
9. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания,гептрал 800 мг в/в кап № 10, затем 400 мг 1т 3р/д – 2 мес, урсолихин 300 г 1 кап 3р/д после/еды 3 мес, бтогая 1т/сут под язык 20 дней, омез ДСР 1т/сут в обед за 30 мин до еды 1 мес, креон 25тыс. 1к. 3р/д 1 мес во время еды, затем 1 к (10 тыс.) 3р/д длительно. Контроль печеночных проб, ГГТТП ч/з 10 дней с повторным осмотром.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.