#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 82

##### Ф.И.О: Боривский Валерий Иванович

##### Год рождения: 1957

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка, ул. Каховская 209

Место работы:

Находился на лечении с 20.01.15 по 28.01.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, периодические гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2006 переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/у- 14ед., Левемир 22.00 – 14 ед. Гликемия –9-10 ммоль/л. НвАIс -8,2 % от 26.12.14. Последнее стац. лечение в 2014г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.01.15 Общ. ан. крови Нв 128– г/л эритр – 4,0 лейк –4,6 СОЭ –10 мм/час

э- 1% п- 1% с- 57% л- 31% м- 10%

21.01.15 Биохимия: СКФ –87,5 мл./мин., хол –5,6 тригл -1,17 ХСЛПВП -18 ХСЛПНП -3,26 Катер -2,1 мочевина –4,1 креатинин –99,6 бил общ –18,5 бил пр –4,2 тим –2,1 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,68 ммоль/л;

### 21.01.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

22.01.15 Суточная глюкозурия – 0,32 %; Суточная протеинурия – отр

##### 28.01.15 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.01.15 | 7,3 | 7,6 | 4,8 | 8,7 |

21.01.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС на фоне ДДПП ШОП. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

21.01.15Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.01.15ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,7 см3; лев. д. V =8,3 см3

Перешеек – 0,33см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Актовегин, нейробион, Левемир, диалипон

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/уж -14 ед., Левемир 22.00 14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. Рек. невропатолога: вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., лира 1000 в/м № 10.
10. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, слезавит 1т.\*1р/д. конс. лазерного хирурга.
11. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.