#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1171

##### Ф.И.О: Борисенко Юрий Иванович

Год рождения: 1950

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Ивановка пер. Молдавский 10/15

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 28.09.16 по 04.10.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, субкомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН 0-1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 20 кг за 3 года (возврат в обычному весу), ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Хумодар Б100Р, Инсулин <2,0 (6,0-29,0) от 2013. 28.10.13 – аорто-бифеморальное шунтирование (Италия), выписка прилагается, где был назначен Новомикс 50, Новорапид. Который пациент принимает по настоящее время (приобретает самостоятельно). В наст. время принимает: Новомикс 50п/з- 16-18ед., п/у- 12-14ед. Новорапид п/о 6-7 ед. Гликемия –4,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение года Из гипотензивных принимает амлдипин 5 мг, телмисортан 80 мг, аспирин кардио 100 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.09.16 Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр –4,4 лейк – 9,6 СОЭ –8 мм/час

э-1% п- 0% с-83 % л-13 % м-3 %

29.09.16 Биохимия: СКФ –78 мл./мин., хол –5,06 тригл – 1,57ХСЛПВП -1,32 ХСЛПНП – 3,03Катер -2,8 мочевина –5,0 креатинин – 89,3 бил общ –11,8 бил пр – 2,9 тим –1,9 АСТ – 0,25 АЛТ – 0,14 ммоль/л;

29.09.16 Глик. гемоглобин – 8,4%

### 29.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

30.09.16 Суточная глюкозурия – 1,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.09.16 Микроальбуминурия – 58,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.09 |  | 15,9 |  |  |
| 29.09 | 6,5 | 10,8 | 13,7 | 10,0 |
| 01.10 | 7,8 |  |  |  |
| 02.10 | 9,6 | 12,7 | 4,3 | 10,1 |
| 03.10 |  | 13,3 | 13,5 | 7,8 |
| 04.10 | 12,2 | 10,0 |  |  |

29.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.

03.10.16Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

28.09.16ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

29.09.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН 0-1.

28.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.09.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

30.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,2 см3; лев. д. V =5,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,45 см. В пр доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,74 \*0,5 см. В с/3 правой доли гидрофильный узел 0,67\*0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкие узелы правой доли.

Лечение: Новомик 50, Новорапид, Новомикс 30, тиоктодар, витаксон, луцетам,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая длительный прием больным инсулинов Новомикс 50, Новорапид, хорошую переносимость данных видов инсулина, отсутствие инсулинов Новомикс 50 (незарегистрированный в Украине), разрешено применение инсулинов Новомикс 30 у данного больного, приобретенных за бюджетные средства.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новомикс 30 п/з-20-24 ед., п/уж – 12-16 ед., Новорапид п/о 4-6 ед. (при необходимости.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Повторный осмотра кардиолога по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктодар 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап. № 10, витаксон 2,0 в/м № 10, луцетам 10,0 в/в № 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 10
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ
13. Больная нуждается в продолжении стац лечения для окончательной коррекции инсулинотерапии, однако настаивает на выписке из стационара по семейным обстоятельствам, о возможном риске для здоровья предупреждена
14. 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.