#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 934

##### Ф.И.О: Балюта Андрей Петрович

Год рождения: 1971

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Малоекатериновка ул. Пушкина 5а

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 11.07.18 . по  12.07.18 в энд. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 8, NDS 7). Острый пиелонефрит. Анемия неясного генеза, средней степени тяжести. Гепатит неуточнённого генеза. Сепсис?. Свищ пояснично-крестцового отдела позвоночника ( посттравматический 2017). Ампутационная культя II, Ш, IV п. левой стопы по поводу гангрены (посттравматическая)?. Метаболическая кардиомиопатия СНI. ДЭП II ст сочетанного генеза, выраженный церебрастенический с-м, вестибулоатактический с-м. Вертеброгенная посттравматическая люмбалгия. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Деструкция стекловидного тела OS.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за 6 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение АД. до 90/60 мм рт.ст., головные боли, головокружение, нарушение координации, высокую Т тела в течение 2 недель до 40С, постоянно принимает жаропонижающую, а/б терапию.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2017г. при госпитализации в отд гнойной хирургии 3й ГБ по поводу гангрены 2,3,4 пальцев левой стопы после перенесённой травмы (падение с высоты), где произведена их ампутация 09.2017 (выписной эпикриз не предоставлен). С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед. Гликемия –9-17 ммоль/л. Повышение температуры тела в течение 2 нед до 40С, самостоятельно принимает а/б терапию, жаропонижающую. В 2017 травма позвоночника (рванная рана пояснично-крестцового отдела позвоночника), в последующем образовался свищ. Достоверный анамнез собрать не удается т.к. пациент путается в изложенном. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии. При госпитализации АД 80/40 мм рт ст. темп. тела 37,4С, в связи с чем госпитализирован в ОИТ ОКЭД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.07 | 99 | 3,0 | 12,7 | 70 | |  | | 3 | 7 | 70 | 17 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.07 | 75,4 | 3,3 | 1,2 | 0,6 | 2,1 | | 4,5 | 3,8 | 96 | 44,6 | 14,2 | 11,5 | | 1,98 | 1,25 |

12.07.18 Глик. гемоглобин 8,7 %

12.07.18 АЧТЧ – 34,0 МНО 0,96 ПТВ 14,0 ПТИ 104,2 ТВ 16,6 фибр 5,1 вр св – 8мин

12.07.18 Гемогл – 101 ; гематокр – 0,33 ; общ. белок – 66 г/л; К – 4,38 ; Nа – 131,2 ммоль/л

12.07.18 К – 4,38 ; Nа –131,2 Са++ - 1,1С1 -102 ммоль/л

### 11.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – на всё в п/зр белок – 0,103 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр

12.07.18 Ацетон мочи –отр.

12.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 575000 эритр - 500 белок – 0,191

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 11.00 | 13,00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 11.07 |  | 13,5 | 13,1 | 6,6 | 6,1 | 7,2 |
| 12.07 | 6,5 |  |  |  |  |  |

11.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 8, NDS 7). ДЭП II ст сочетанного генеза, выраженный церебрастенический с-м, вестибулоатактический с-м. Вертеброгенная посттравматическая люмбалгия.

11.07.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены ,извиты, склерозированы ,ед. друзы. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Деструкция стекловидного тела OS.

11.07.18 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

11.7.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI.

11.07.18 На Р-гр ОГК легкие без инфильтрации , корни структурны, синусы свободны, органы средостения – срединное положение.

11.07.18 НА р гр ПОП в 2х проекциях определяется субхондральный склероз замыкательных пластин тел позвонков, снижение высоты межпозвонкового диска L5-S1, смещение L5 кзади до 0,7 см. Обызвествление в малом тазу по ходу сосудов.

12.07.18 на р-гр левой стопы определяется культи II- IV плюсневой костей ( на уровне) без признаков деструкции. Обызвествление в мягких тканях по ходу сосудов .

12.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением размеров печени, ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы,. конкрементов в почках без нарушения уродинамики, фиброзирования простаты с увеличением объема остаточной мочи.

11.07.18 Хирург КУ ЗОКБ: данных за нагноение на момент осмотра нет, диагноз рана крестцово-поясничного отдела.

11.07.18 консилиум в составе зам. гл. врача, доц. каф. терапии ЗГМУ, и/о зав. энд. отд. Решением консилиума показан перевод в терап отд по м/ж.

11.07.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,2 см3; лев. д. V = 5,0 см3

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

Лечение: Фармасулин Н, Хумодар Б100Р, реополиглютин, цефтриаксон, диклофенак, метронидозол, лефлок, лесфаль.

Состояние больного при выписке: Учитывая наличие гипертермии 38,6С, ускоренного СОЭ, гипербилирубинэмии, гепатомегалии, лейкоцитоза в ОАК, лейкоцитурии, наличие свища крестцово-поясничного отдела, нельзя исключить сепсис, что требует дальнейшего дообследование и лечения в условиях терап. отд по м/ж. АД100/60мм рт., пульс 92. Гликемия стабилизована натощак назначением продленного инсулина в вечернее время.

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение и дообследование в терап отд по м/ж Перевод согласован с и/о нач.мед. КУ «Запорожской центральной больницы» Систоленко Т.Г.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга, ангиохирурга по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
5. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-8-12 ед., п/о- 8-14ед., п/у 6-8ед Фармасулин НNP ( Хумодар Б100Р) 22.00 6-8ед.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Конс ангиохирурга , хирурга, нефролога, уролога, гематолога
8. Рек кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, динамика ЭКГ, дообследование ЭХОКС.
9. Рек невропатолога: МРТ головного мозга, МРТ ПОП, ЭНМГ н/к параплексин 1,0-1,5% в/м № 10, церегин 10,0 + 100 в/в кап № 10, а-липоевая кислота 600 ед/сут № 10, витамины гр В по схеме, вестибо 24 мг 2р/д 1 мес, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес.
10. Рек окулиста: в ОИ тиотриазолин 1к 3р/д.
11. При стабилизации состояния пациента, купирования воспалительных явлений при необходимости возможна повторная госпитализация в эндодиспансер.
12. Продолжить антибактериальную терапию.
13. Рек хирурга: перевязки с диоксизолем на крестцово-копчиковую область.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.