#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 605

##### Ф.И.О: Гнатенко Константин Викторович

Год рождения: 1974

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Комсомольская 15-82

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 26.04.18 по 04.05.18 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, нижний парапарез.. Нарушение функции тазовых органов. С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. пролежни обеих н/к (голеностопная область) в стадии регенерации. Неинфицированная рана пр бедра в стадии очищения, регенерации. Термические ожоги кожи обеих кистей II ст, в стадии регенерации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Вторичный лимфостаз н/к. Хроническая лимфовенозная недостаточность, состояние субкомпенсации. Начальная осложнённая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хр пиелонефритом, стадия нерезкого обострения. Вторичный панкреатит с экскреторной недостаточностью поджелудочной железы. Гипермоторная реакция толстой кишки. С-м мальабсорбции, мальдигестии, диспротеинемический с-м, дисметаболический с-м на фоне основного заболевания. Полисерозит. Двусторонний гидроторакс ( плевральная пункция 01.05.18). Метаболическая кардиомиопатия СН II А. Ф. кл II. ДЭП 1- II, смешанного генеза, выраженный церебрастенический с-м. Повреждение связочного аппарата, нестабильность правого коленного сустава. Правосторонний гемартроз. Анемия хронического больного.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния, вплоть до ком, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, вздутие живота, частый неоформленный стул после приема пищи ( 5-7 р/сутки). , отеки голеней, стоп, лица; рана пр. бедра, трофические нарушения кистей и стоп .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические неоднократно 2008, 2009, 2014 2015. Ранее вводил Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2009 был переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNP, С 08.2017 Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В связи с гипогликемическими состояниями уменьшил дозу инсулина самостоятельно. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 2-3ед., п/о- 2-3ед., п/у-2-3 ед., Инсуман Базал 22.00 2-3 ед Гликемия –2,5-1,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в ЗОЭД в 08.2017 г. С 12.04.18 находился в ЦРБ по м/ж, куда был доставлен после гипогликемической комы. В анамнезе хр панкреатит, неустойчивый стул в течение нескольких лет, усугубление состояния с 01.2018. около 2 мес появились отеки н/к , туловища. С того же времени выраженная слабость в мышцах н/к, что затрудняет передвижение, больной часто падал, в области пр бедра имеется рана больших размеров. Госпитализирован в обл. энд. диспансер в связи с гипогликемическими состояниями.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 27.04 | 99 | 2,9 | 6,3 | 50 | |  | | 4 | 9 | 67 | 16 | | 4 | | |
| 30.04 | 84 | 2,8 | 6,6 | 34 | |  | | 2 | 6 | 67 | 22 | | 3 | | |
| 01.05 | 85 | 3,0 | 6,2 | 32 | | 210 | | 2 | 4 | 68 | 24 | | 2 | | |
| 03.05 |  |  | 6,1 | 32 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.04 | 91,03 | 2,6 | 0,95 | 0,77 | 1,39 | | 2,4 | 2,53 | 89 | 10,8 | 2,6 | 1,26 | | 0,55 | 0,2 |
| 03.05 | 79,2 |  |  |  |  | |  | 2,1 | 83 |  |  |  | |  |  |

26.04.18 Альбуин крови 14,0

03.05.18 Антитела к ВИЧ и ИФА не выявлены

26.04.18 Гемогл – 110; гематокр – 0,31 ; общ. белок –56,3 г/л; К – 2,68 ; Nа –143,6 ммоль/л

30.04.18 Гемогл – 86; гематокр – 0,27 ; г/л; К – 3,45 ммоль/л

04.05.18 Гемогл – 82; К – 3,7 ; Nа –141 ммоль/л

27.04.18 К –4,4 ; Nа –137,7 Са++ - С1 - ммоль/л

03.05.18 общ белок 47 г/л

01.05.18 АЧТЧ – 36 МНО 1,49 ПТИ 72 фибр 3,1

04.05.18 АЧТЧ – 29,7 МНО 1,36 ПТИ 73 фибр 3,3

28.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-100 мкмоль/л; креатинин мочи- 2970 мкмоль/л; КФ- 27,1мл/мин; КР- 97,1 %

### 26.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк – на все в п/зр белок – 0,123 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

### 30.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –на всё в п/зр белок – 0,123 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

27.04.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 75000 эритр -37500 белок – 0,133

27.04.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 75000 эритр -37500 белок – 0,133

02.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 133500 эритр -1000 белок – 0,04

04.05.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 68500 эритр -4500 белок – 0,079

28.04.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,049

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 26.04 | 2,3 | 3,5 | 4,4 | 5,0 | 5,2 |
| 27.04 6.10-1,8 |  |  |  |  |  |
| 28.04 | 10,1 | 9,8 | 10,0 | 11,2 |  |
| 29.04 2.00-7,6 | 8,4 | 10,0 | 10,5 | 9,7 |  |
| 30.04 2.00-7,6 | 10,5 | 9,7 | 8,1 | 7,5 | 6,3 |
| 01.05 2.00-8,6 | 5,2 | 5,3 | 5,5 | 9,8 |  |
| 02.05 2.00-4,2 | 4,0 | 7,0 | 11,6 | 13,6 | 15,4 |
| 03.05 2.00-9,4 | 6,6 | 10,8 | 13,2 | 12,5 | 8,3 |

26.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, нижний парапарез.. Нарушение функции тазовых органов. ДЭП 1- II, смешанного генеза, выраженный церебрастенический с-м

26.04.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

02.05.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не. Гипертрофия левого желудочка.

27.04.18 Окулист Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: артерии сужены, вены умеренно полнокровны, сосуды извиты, микроаневризмы, ДЗН бледно розовый, границы четкие. . Д-з: Начальная осложнённая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.04.18 Р-гр ОГК№ 00901 В легких с обеих сторон в н/отд снижение воздушности за счет гиповентиляции справа средней доли, корни малоструктурны, сердце без особенностей.

03.05.18 УЗИ: В плевральных полостях свободная жидкость высота водяного столба справа до 2,9 см. слева до 2,6 см.

26.04.18 гастроэнтеролог ЗОКБ: Вторичный панкреатит с экскреторной недостаточностью поджелудочной железы. Гипермоторная реакция толстой кишки. СИБР

02.05.18 гастроэнтеролог зав. г/э отд ЗОКБ: с-м мальабсорбции, мальдигестии, диспротеинемический с-м, дисметаболический с-м на фоне основного заболевания. Вторичное иммунодефецитное состояние. .

03.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Вторичный лимфостаз н/к.

01.05.18 Торакальный хирург ГКБЭ и СМП : произведена пункция плевральный полостей с 2х сторон в 7 межреберье получен серозный экссудат.

26.04-02.05.18 Хирург: С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. пролежни обеих н/к ( голеностопная область) в стадии регенерации. Неинфицированная рана пр бедра в стадии очищения регенерации. Термические ожоги кожи обеих кистей II ст, в стадии регенерации

03.05.18 НА р-гр правого коленного сустава: сужение суставных щелей, подвывих, субхондральный склероз, характерно для ДОА Ш ст

03.05.18 УЗИ:. В мягких тканях трети правого бедра в проекции разреза и в проекции коленного сустава ( в зоне гиперемии) участки инфильтрации ткани, гнойных карманов не выявлено.

03.05.18 травматолог ЗОКБ: Трофическая рана н/3 пр бедра. Повреждение связочного аппарата, нестабильность правого коленного сустава. Правостороний гемартроз. Произведена пункция пр. коленного сустава.

26.04.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки выпота в брюшной и обеих плевральных полостях, выраженных диффузных изменений паренхимы печени, портальной гипертензии, умеренных диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, МКБ, конкремента левой почки без нарушения уродинамики

04.05.18 Кардиолог: Метаболическая кадиомиопатия СН II А. ф. кл II.

Лечение: аспаркам, смекта, глицин, биогая, квамател, антраль, глюколза 40%, дексаметазон, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, креон, смекта, диалипон, витаксон, трифас, нейромидин, анальгин, линекс, лефлокс, Айлар, Новорапид зацеф, лоперамид, альфа-нормикс, фуросемид, левофлоксацин, КС1, лациум, альбумин 200 № 1

Пациенту взяты ан. крови на маркеры вирусного гепатита, бак посев кала, бак посев пунктата пр. коленного сустава.

Состояние больного при выписке: В связи с невозможностью компенсировать на генно-инженерных видах инсулина переведен на Айлар, Новорапид. Нормализовались показатели гликемии, исчезли гипогликемические состояния, сохраняется умеренная гипергликемия после еды, связанная с невозможностью режима питания пациента, улучшением аппетита. АД 110/70 мм рт. ст. Уменьшилась частота стула, стал более оформлен, сохраняются отеки н/к, выраженная общая слабость, боли, отек и нестабильность правого коленного сустава. Рана правого бедра без признаков гнойного воспаления со скудным серозно-геморрагическим отделяемым. 04.05.18 удалены плевральные дренажы.

Пациент нуждается в продолжении инфузионной терапии – альбумин, стабилизациии показателей крови

Рекомендовано:

1. Продолжить терапию в ЦРБ по м/ж
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга, травматолога по м\жит.
3. Диета № 9, богатая белком ( 2,5 г/кг)
4. Рек. целевые уровни гликемии: натощак <6,0ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
5. Инсулинотерапия: Айлар п/з-6-8 ед., Новорапид п/з 3-5ед, п/о-3-5 ед., п/уж -3-4 ед. При улучшении состояния, расширении питания необходима коррекция дозы инсулина.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, калия, креатинина СКФ, гемоглобина, протеинограммы.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога:, актовегин 10,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 10 , дообследование: ЭНМГ (записан на 14.05.18)
9. Рек травматолога: перевязки раны бедра с офлокаином, местно на обл коленного сустава компресс с димексидом, учитывая рану бедра рекомендована фиксация пр. коленного сустава тутором, ходьба на костылях Дообследование: МРТ пр коленного сустава с послед конс в отд артрологии, конс в отд камбустиологии ( по поводу раны)
10. Рек гастроэнтеролога: альмубин 200 в/в кап через день№ 5-7, гепаризин 40,0 в/в кап № 10 , милдронат 5,0 в/в стр № 10, ферменты: 175-200 тыс ед/сут. ( креон 25 тыс 2к 3р/д во время основных приемов пищи, креон 10 тыс 1к 3р/д во время перекусов – длительно до восстановления стула, затем постепенно снижать дозу, смекта 1к 3р/д 5-7 дней, антраль 2т 3р/д во время еды 2-3 мес; омпепразол 20 мг 2р/д 2 нед, затем 1т/сут, альфанормикс 400 мг 3р/д после еды до 10 дней (с 26.04.18), биогая 1т/сут, 1-2 мес. Ан крови на вит.В 12, железа, ОЖСС, фолаты, ФГДЭС планово, прокальцитомин (маркер сепсиса).
11. Сорбифер 1т 2р/д 1 мес.
12. Р-гр контроль легких 10.05.18
13. Для получения результатов посева созвонится по телефону (0504540262 –Еременко НВ).
14. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, контроль АД, ЧСС, ЭКГ, дообследование ЭХОКС NTpro BNP
15. Направить на ЛКК по м/ж для решения вопроса усиления группы инвалидности.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.