#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 570

##### Ф.И.О: Кропива Александра Ивановна

Год рождения: 1938

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чумаченко

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.04.14 по 30.04.14 в энд. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация, кетоацидотическое состояние. Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Острый деструктивный панкреатит. Мезентериальный тромбоз? ИБС, диффузный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляций предсердий, тахиситолия. Полная блокада ПНПГ. СН Ш. Ф кл . Кардиогенный шок? Нижнедолевая пневмония справа.

Жалобы при поступлении на боли в животе, рвоту без посторонних примесей, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г во время стац лечения. ДТЗ II, тяжеля форма. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия. По данным выписки ОКЭД от 31.08.13 – рекомендованные дозы инсулина Хумодар Р п/з 10-12 ед, п/о – 6-7 ед, Хумодар БР п/у 15-16 ед. ДТЗ с 2004 в связи с тяжелой формой - фибрилляции предсердий, неоднократно предлагалось оперативное лечение от которого больная категорически отказывалась. Со слов родственников мерказолил не принимает в течении 2 лет. ТТГ 2,2 (0,3-4,0) Т 4св – 17,9 (10-35) от 27.09.11. С-пептит<0,06 ( 1,1-4,4) от 2011. Со слов родственников обнаружена в бессознательном состоянии 29.04.14. Доставлена в ОИТ ОКЭД бригадой СМП ургентно. При поступлении ацетон 3(+++).

Данные лабораторных исследований.

29.04.14 Общ. ан. крови Нв – 121 г/л эритр 3,6– лейк –9,1 СОЭ –10 мм/час

э- 0% п- 9% с- 75% л- 9% м- 7%

29.04.14 лейк – 17,4

30.04.14 лейк - 10,8

29.04.14 Биохимия: хол –9,2 мочевина –10,7 креатинин –391 бил общ –12,2 бил пр – 3,0 тим – 3,3 АСТ –1,53 АЛТ –1,0 ммоль/л;

30.04.14 мочевина 8,3 ммоль/л, креатинин 210 мкмоль/л

29.04.14 тропонин – отр

29.04.14 Амилаза – 564 ед/л

29.04.14 Амилаза 23.00- 1318 е/дл

29.04.14 диастаза 28,9 Ед/л

30.04.14 Амилаза -3790 ед/л диастаза 8158 (до 450) ед/л

29.04.14 Гемогл –121,0 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок – 58,5 г/л; К – 4,9 ; Nа – 135,0 ммоль/л

30.04.14 Гемогл –125 ; К – 3,5 ; Nа – 148 ммоль/л

29.04.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 11 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*10-4

### 29.04.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –4-5 в п/зр белок – 0,055 ацетон –3++; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

С 30.04.14 ацетон – отр.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 29.04 |  | 30,2 | 26,9 | 23,1 | 22,1 |
| 30.04 3.00 – 11,1 5.00 – 5,7 6.,00- 5,6 | 5,2 | 10,4 |  |  |  |

29.04.Окулист: Осмотр в ОИТ.

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: под флером. ДЗН бледно-розовые. Границы нечеткие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Единичные микроаневризмы, экссудаты. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.04 Окулист: Осмотр в ОИТ

Объективные данные и диагноз те же что и 29.04.14

29.04.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось отклонена влево. Позиция вертикальная. Полная блокада НПГ. Гипертрофия левого желудочка. Гиперкалиемия.

30.4ЭКГ+ небу: ЧСС - 133уд/мин. Вольтаж снижен . Ритм фибрилляция предсердий.. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Полная блокада НПГ. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда верхушечно-боковой области. при сравнении с ЭКГ от 29.04.14 без отрицательной динамики.

29.04Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляций предсердий, тахисистолия. Полная блокада ПНПГ. СН Ш. Ф кл . кардиогенный шок?

30.04.14 Р-гр ОГК: На р-не обогошение легочного рисунка в нижних отделах с обеих сторон, В н/отд корни расширены малоструктурны. Справа в н/доле очаговая инфильтрация легочной ткани. Сердце – увеличение левого желудочка. Закл: Р-и пневмония справа в н/доле.

0.15 30.04.Хирург: острый панкреатит? Мезентериальный тромбоз?

9.50 30.04.Хирург: острый панкреатит. Мезентериальный тромбоз. С-м ложного острого живота.

10.15 30.04.Хирург: острый деструктивный панкреатит. Мезентериальный тромбоз.

Лечение: генсулин Р, гепарин, пирацетам, ККБ, тивортин, берлитион, L-лизин, дофамин, контривен, сандастатин, фуросемид,, платифилин, цефтазидин, ксилат, рефортан, реамбирин, сода-буфер, рингер-лактат, калий хлор.

Состояние больного при выписке: состояние больной продолжает оставаться тяжелым на фоне эндогенной интоксикации, нестабильной гемодинамики, после неоднократного осмотра хирургом ЗОКБ, по согласованию с начмедом ЗОКБ Евченко Т.П., переводится в отд. общ реанимации ЗОКБ.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р в дробных дозах под контролем гликемии
4. Для дальнейшего лечения по согласованию с начмедом ЗОКБ Евченко Т.П., переводится в отд. общ реанимации ЗОКБ

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.