#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1179

##### Ф.И.О: Мороз Юрий Васильевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Киевская обл г. Киев ул. Тростянецкая, 6/205

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 23.08.17 по 26.08.17 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст.

Жалобы при поступлении на слабость, сухость во рту, жажду, тошноту, рвоту до 10 раз( со слов больного напоминает «кофейную гущу», головную боль, боли в н/к, ухудшение зрения.

Анамнез болезни: Болеет СД приимерно с 2011г. В амбулаторных условиях принимает Фармасулин Н 30/70 п/з 26 ед., п/у 20 ед. В анамнезе кетоацидотические состояния ( последнее в августе 2016г). В течение последнего месяца в связи с гипогликемическими состояниями ночью самостоятельно уменьшил дозу вводимого инсулина, с чем и связывает кетоацидотическое состояние. Состояние ухудшилось 22.08.17 после нарушения диеты (пациент находился в дороге в Киев). Около 4.10 23.08.17 был госпитализирован в ОАИТ Васильевской ЦРБ, где был осмотрен неврологом, хирургом, урологом, эндокринологом. Из выписного эпикриза: На РГ ОГК-без патологии. в крови определяется лейкоцитоз 17,8 Г/л, гипергликемия -30,5 ммоль/л, ацетон мочи 4+. Доставлен СМП (по санавиации) в обл. энд. диспансер, госпитализирован в ОИТ.

Анамнез жизни: Острый ИМ в 2000г и 2009г. ИБС: ПИКС. Стенокардия напряжения ФК II, СН II А. Хр.аневризма передней стенки ЛЖ. Хр.холецистопанкреатит. Со слов больного, рекомендованные кардиологом препараты не принимает.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 23.8 | 161 | 4,7 | 12,1 | 10 | 1 | 8 | 73 | 14 | 4 |
| 25.08 | 138 | 4,2 | 7,2 | 11 | 2 | 5 | 69 | 20 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.08 |  |  |  |  |  |  | 8,2 | 194 | 10,2 | 2,4 | 2,3 | 0,31 | 0,79 |

24.08.17 Амилаза – 60,6

25.08.17 Амилаза 43,9

23.08.17 Гемогл –162 ; гематокр –0,49 ; общ. белок – 66г/л; К – 4,9 ; Nа – 141,6 ммоль/л

23.08.17 К – 4,9 ; Nа –141,6 Са - Са++ -1,4 С1 – 104,2 ммоль/л

24.08.17 К – 3,65 Na – 148,5

26.08.17 К – 3,63 Na – 139,6

23.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 10,0 %; фибр – 3,0г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4

25.08.17 Проба Реберга: креатинин крови- 99мкмоль/л; креатинин мочи- 6160 мкмоль/л; КФ- 148,7мл/мин; КР- 98,3%

### 25.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,128 ацетон –4+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

26.08.17 ацетон 2+

24.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

25.08.17 Суточная глюкозурия – 0,83 %; Суточная протеинурия – 0,059

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.08 |  |  | 13,5 | 13,0 | 12,1 |
| 24.08 | 5,2 | 12,9 | 9,7 | 13,7 | 12,0 |
| 25.08 | 11,5 | 10,2 | 12,5 | 15,4 | 9,4 |

25.08.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Рубец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка. Аневризма в области рубца.

25.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

Лечение: магния сульфат, магникор, диклофенак, атоксил, квамател, Фармасулин Н, гепарин, аспаркам, цефтриаксон, контривен ,фуросемид , сода-буфер, рингер-лактат, Дарроу, Рингер, реополиглюкин, глюкоза 5%,

Состояние больного при выписке: отмечается некоторая положительная динамика, жалобы, описанные при поступлении не беспокоят, сохраняется ацетонурия 2+, гипергликемия, пациент настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, покинул эндокриндиспансер, от выписного эпикриза отказался. на руки выдан Фармасулин Н (п/о 10 ед, п/у 10 ед), в дальнейшем рекомендовано продолжить введение Фармасулина Н 30/70

С учетом декомпенсации СД и сохраняющейся ацетонурии рекомендовано продолжить лечение в условиях стационара эндокринологического профиля по м/ж.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В