Посмертный эпикриз

Больного Бидлецкий Жан Иосифович, 66 лет, Вольнянский р-н, с. Приморское, ул. Кирова, 72, пенсионер.

Доставлен сантранспортом Приморской сельской амбулатории в ургентном порядке с диагнозом: Сахарный диабет, впервые выявленный.

Из направления известно: резкое ухудшение состояния больного наступило 13.08.13 в 8.50, появилась слабость, рвота на фоне приема Глюкофажа 500 мг -2т. Глюкоза крови по глюкометру – 30 моль/л. Сделана З-графия ОГК, снимок доставлен без описания. Из анамнеза жизни: у матери и сестры – д/з: Сахарный диабет. Со слов больного за 2 последних года потеря массы тела на 20 кг, на «Д» учете по сахарному диабету не состоял, со слов гликемия на глюкометре от 04.2013 – 6,0 ммоль/л Госпитализирован в ОИТ ОКЭД по тяжести состояния.

Обследование:

13.08.13 ЭКГ: ЧСС -170-200 уд/мин. Ритм - пароксизм фибрилляции предсердий. Перегрузка правых отделов? ТЭЛА?

13.08.13 р-графия ОГК. Заключение: плевропневмания справа, н/доля.

13.08.13 ФГДЭС – острые эрозии пищевода, осложнившееся ЖКК (остановившееся). Хроническая язва антрального отдела желудка. Эрозивный бульбит.

13.08.13 Конс Кардиолога: Метаболическая кардиомиопатия. Фибрилляция предсердий. Тахисистолия желудочков ПБПНПГ СН II А ф.кл III.

13.08.13 Конс. окулиста: дз: Макулодистрофия

Общ. ан. крови Нв – 159 г/л эритр –5,1 лейк – 9,3СОЭ – 75 мм/час тромб - 180

э- 1% п- 7% с- 58% л- 20% м-14 %

Биохимия: СКФ – мл./мин., хол – 3,46 тригл – 1,52 ХСЛПВП -0,91 ХСЛПНП -1,86 Катер -2,8 мочевина 8,6– креатинин – 231 бил общ –14,4 бил пр – 5,6тим – 2,0 АСТ – 1,2 АЛТ –1,5 ммоль/л;

Гемогл – 142 ; гематокр – 0,4 ; общ. белок – 6,8 г/л; К – 4,5 ; Nа – 136 ммоль/л

Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ –86 %; фибр –7,5 г/л; фибр Б – отр; АКТ12\*10-4

Амилаза 18

Гликемический профиль 13.08.13 – 14,9; 11,3; 9,2; 7,8; 8,2; 15,3; 15,0; 8,8; 6,4; 8,3; 8,2 ммоль/л

Больному проводилось лечение: инсулин короткого действия- линеаматом в/в, цефтазидин в/в, эссенциале в/в, берлитион в/в,, тивортин в/в, берлитион в/в, дицинон в/в, солкосерил в/в, контривен в/в, рантак в/в, КCL, кордарон в/в, адреналин в/в. дофамин в/в, тиотриазолин в/в.

Больной постоянно осматривался анестезиологом, что подтверждается записью в дневниках вр. анестезиолога, осмотр проводился ежечасно. Состояние больного тяжелое, в сознании, кожные покровы бледные, кахексия, одышка в покое. Проводилась постоянная оксигенотерапия, коррекция инсулина, метаболическая, антибактериологическая, дезинтоксикационная терапия в полном объеме. Температура тела при поступлении - 38°С, через 6 часов снизилась до 36,3°С. К 23.00  13.08.13 у больного зафиксирован контактный сопор, нарастает акроцианоз, в легких дыхание ослаблено справа в н/отд, тоны сердца глухие, аритмия. Глюкоза крови 8,2 ммоль/л. В 24.00 13.08.13 состояние больного резко ухудшилось, прогрессивное снижение АД, больному начато введение дофамина, адреналина. В 0.45 14.08.13 больной в коме, прекратилось дыхание. Проведена интубация трахеи ИВЛ аппаратом ф.21. Начаты реанимационные мероприятия – в/в дофамин, в/в адреналин, в/в реаполиглюкин, непрямой массаж сердца, дефибрилляция 3-мя разрядами. Реанимационные мероприятия не восстановили сердечную деятельность, АД не определялось. 14.08.13 в 1.20 констатирована биологическая смерть пациента.

Клинический диагноз: Тромбоемболия мелких ветвей легочной артерии. Плевропневмония справа в н/доле. Метаболическая кардиомиопатия. Пароксизм фибрилляции предсердий, ПБПНПГ. Эрозивный гастродуоденит. Язвенная болезнь желудка. Сахарный диабет, в/выявленный, кетоацидоз.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.