#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 894

##### Ф.И.О: Сивер Анатолий Петрович

Год рождения: 1960

Место жительства: Куйбышевский р-н пгт. Куйбышево ул. Запорожская 69

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.07.15 по 24.07.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2,вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, субкомпенсация. Железодефицитная анемия средней степени. Язвенная болезнь желудка ,активная фаза. Инфильтративно-язвенный с-м. Дуодено гастральный рефлюкс. Ожирение I ст. (ИМТ 31,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, повышение Т тела до 37,5-37,8 °С в вечерняя время, общую слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошноту, периодически сухой кашель.

Краткий анамнез: СД болеет в течении года. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: глюкофаж 500 2р/д. Гликемия –6-8 ммоль/л. Ухудшение состояния с 18.07.15, когда отметил головокружение, общую слабость, повышение Т тела, отсутствие аппетита, тошноту. 20.70.15 обратился к уч. терапевту, дообследован ОАК (21.07.15): Нв – 79; тромб – 430; э – 1; п – 20; л – 18; м- 2; лейк – 9,1; эрит – 2,2; СОЭ – 65, железо – 2,0 Госпитализирован 20.07.15 в тер. отд по м/ж с диагнозом анемия неясного генеза. 22.07.15 ОАК: Нв – 68; эрит – 1,75; 22.07.15 проведено переливание R-массы 230 мл, плазмы С3- 330,0, назначен прием препарата ферум лек. Проведено УЗИ ОБП 20.07.15Закл: спленомегалия, диффузные изменения в паренхиме печени, поджелудочной железе, хронический холецистит. 20.07.15 На Р-гр ОГК Легкие без инфильтрации, корни фиброзно изменены, сердце без особенностей. Для дальнейшего лечения по настоянию родственников направлен на конс в ОКЭД. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД, уточнение диагноза (в диагностическом плане пациент не ясен).

Данные лабораторных исследований.

23.07.15 Общ. ан. крови Нв – 77 г/л эритр –2,5 лейк – 7,0 СОЭ –75 мм/час

э- 0% п- 1% с-74 % л- 23% м-2 %

24.07.15 Общ. ан. крови Нв – 78 г/л эритр –2,4 лейк – 8,4СОЭ –72 мм/час

э- 0% п- 3% с-70 % л- 19% м-8 %

24.07.15 СКФ – 76,3мл./мин., хол – 3,5тригл -1,97 ХСЛПВП -0,82 ХСЛПНП -1,8 Катер -3,3 мочевина – 6,4креатинин – 119,9 бил общ – 43,7 бил пр – 8,1 тим – 2,4 АСТ – 0,24 АЛТ –0,18 ммоль/л;

23.07.15 Обдщ белок – 73,4

24.07.15 К-4,0 ,натрий-141,кальций-2,25.

### 23.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/з

24.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко белок- отр, эрит - отр лейк 1500

24.07.15 Маркеры вирусного гепатита А, В, С сдал , в работе

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.07. |  |  | 6,8 | 6,3 | 5,9 |
| 24.07 | 7,2 |  |  |  |  |

23.07.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижн. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

23.07.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии

24.07.15 ФГДЭС: Хроническая язва желудка. Инфильтративно-язвенный с-м? Дуодено гастральный рефлюкс.

24.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст с увеличением размеров селезенки, застоя в желчном пузыре.

19.07.15 гематолог ЗОКБ: железодефицитная анемия , средней степени.

23.07.15 ФГ ОГК№ 88562: легкие без инфильтрации. Корни малоструктурны, сердце без особенностей.

##### 23.07.15 Осмотр асс каф. вн. болезней к.мед.н. Соловьюк А.О.: ОРВИ? Острый фаринготрахеит? Токсический гепатит? Железодефицитная анемия. СД тип 2 , средней тяжести, субкомпенсация.

24.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,3 см3; лев. д. V =4,8 см3

В передних отделах с/3 левой доли лоцируется очаг округлой формы, размерами до 0,43см с тонкими ровными контурами, гипоэхогенной структуры, признаками дорзалного усиления на остальном протяжении эхоструктура нормальной эхоинтенсивности, диффузно неравномерная, с мелкими фиброзными включениями.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: ферум лек.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 105/60 мм рт. ст. ЧСС 85 уд/мин. 24.07.15 проведено ФГДЭС диагностирована язва желудка (диаметр 3,5-4,0 см). По согласованию с гастроэнтерологом направляется в гастроэнтерологическое отделение ЗОКБ для продолжения дальнейшего лечения.

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение в гастроэнтерологическом отделении ЗОКБ (перевод согласован).
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гематолога, гастроэнтеролога по м\жит.
3. Диета № 9
4. При гликемии натощак больше 6,0 ммоль/л, ч/з 2 часа после еды более 7,8 ммоль/л к лечению добавить инсулин короткого действия Хумодар Р100Р (Фармасулин Н) п/з 2-4 ед, п/о 2-4 ед, п/у 2-4 ед. с последующей коррекцией инсулинотерапии эндокринологом ЗОКБ
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Рек. кардиолога: Повторить ЭКГ в Динамике ЭХО КС. Контр АД.
7. Рек гематолога: Дан совет по режиму и питанию, ферум лек 2,0 в/м № 7, затем тардиферон 2т в день 1 мес, затем 1т в день 3 мес, селен 50 мкг 1т/д 40 дней во время еды. Контр ОАК через 10 дней.
8. Рек асс каф. вн. болезней к.мед.н. Соловьюк А.О.: Дообследование ан. крови на маркеры гепатита А, В, С, биохимический анализ крови, конс гастроэнтеролога.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Определить ТТГ, АТТГ, АТТПО. Повторный осмотр эндокринологом.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.