#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1044

##### Ф.И.О: Малыхин Михаил Аскольдович

Год рождения: 1961

Место жительства: Запорожье, ул. Гоголя 161б - 40

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 16.08.13 по 27.08.13 в энд. отд.

Диагноз: Гипотиреоз средней тяжести, ст. декомпенсация. ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. ( ГБ, гипотиреоз) когнитивное снижение. Вестибуло-атактический с-м. Сахарный диабет тип 2 , средней тяжести, ст. субкомпенсции. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диабетическая нефропатия IV ст.. ХБП I ст Ожирение Ш ст. (ИМТ 43 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружения, боли в сердце, повышение АД макс. до 200/120мм рт.ст., отеки н/к, жажду, слабость, утомляемость, ухудшение зрения, памяти, сухость кожных покровов, боли в стопах.

Краткий анамнез: Гипотиреоз впервые выявленный в 1991 постоянно принимает заместительную терапию. В наст. время принимает L- тироксин 200мкг/сутки. ТТГ 16,7 от 03.2013. В 2012 выявлен сахарный диабет. Комы отрицает. С 2012 принимает ССТ. В настоящий момент: Диабетон MR 60мг п/з. Гликемия амб – 5,7 ммоль/л. Последние стац лечение в 2012. Госпитализирован в эндокриндиспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

19.08.13Общ. ан. крови Нв – 152г/л эритр – 4,7 лейк –7,9 СОЭ –31 мм/час

э- 1% п-2 % с-67 % л- 24% м-6 %

19.08.13Биохимия: СКФ –104 мл./мин., хол – 3,31 тригл -2,75 ХСЛПВП – 1,09 ХСЛПНП -0,97 Катер -2,04 мочевина –8,3 креатинин – 145 бил общ –10,1 бил пр – 2,5 тим – 14,4 АСТ –1,2 АЛТ – 0,88 ммоль/л;

23.08.13 Бил общ – 29,6 бил пр – 6,9 тим – 14,1 АСТ – 1,32 АЛТ – 1,33.

### 20.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

20.08.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,089г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.08.13 | 7,4 | 6,8 | 5,4 | 5,7 |
| 22.08.13 | 6,8 | 9,0 |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. ( ГБ, гипотиреоз) когнитивное снижение. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD=0,3-1,0=1,0 OS=0,3-1,0=1,0 ; ВГД OD=22 OS=23

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ.

19.08.13ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Изменения міокарда по заднее боковой стенке левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП 1 ст МКБ с отхождением конкремента артериальная гипертензия.

УЗИ ОБП Заключение: Эхопризнаки выраженных изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров; спленомегалии, без признаков портальной гипертензии, застоя в желчном пузыре, микролитов в почках

РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен.

19.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,1см3; лев. д. V = 2,4 см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы, диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L- тироксин, эналаприл, кардикет, Диабетон MR, фуросемид, атенолол

Состояние больного при выписке Уменьшились слабость, утомляемость, сухость кожных покровов, боли в н/к. СД компенсирован. АД 130/80 мм рт. ст. от сдачи маркеров вирусного гепатита больной отказался о чем имеется запись в истории болезни

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг
4. L-тироксин (Эутирокс) 200 мкг утром натощак. Контроль ТТГ через 2-3 недели в динамике с последующей коррекцией суточной дозы тиреоидных гормонов.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: трифас 10 мг 1р/д, кардиомагнил 75 мг 1 р/д, лозап 100 мг 1р\веч., карведилол 6,25 мг 1-2 р/д. при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В пирацетам 10,0 в/в стр. церебролизин 10,0 в/в кап.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Диета с ограничением соли. В лечении: Канефрон 2т 3р/д 1 мес 3-4 курса в год, Адекватная гипотензивная терапия.
12. Контроль печеночных проб в динамике, маркеры вирусного гепатита, УЗИ ОБП с послед. конс. гастроэнтеролога при необходимости инфекциониста по м/ж.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.