#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 536

##### Ф.И.О: Богомолов Юрий Альбетрович

Год рождения: 1967

Место жительства: г.Запорожье пр. Ленина 106-а - 12

Место работы: ЗФ. ООО «ВЕНБЕСТ», оператор ПЦН

Находился на лечении с 19.04.16 по 29.04.16 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб 1, средней тяжести, вперые выявленый.

вторичноинсулинзависимый,

средней тяжести, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Диабетическая энцефалопатия I-II, Дисметаболическая энцефалопатия,

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле потливость, головные боли, головокружение, сердцебиение, слабость, утомляемость, снижение веса на 5 кг за полгода.

Краткий анамнез: Ухудшение стояния в течении последних 6 мес когда начал теряя ьв весе. Обслеован амбулаторно. ТТГ – 0,007 ( 0,27-4,2) Т4св – 38,97 (12,0-22,0) И4св – 13,07 ( 3,1-6,8). АТТПО – 455,4 (0-34). Обратился в ОКЭД самостоятельно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора тиреостатической терапии

Данные лабораторных исследований.

21.04.16 Общ. ан. крови Нв – 147 г/л эритр –4,4 лейк –5,1 СОЭ – 4мм/час

э- 0% п- 2% с-67 % л-29 % м- 2%

21.04.16 Биохимия: СКФ –77 мл./мин., хол –5,21 тригл -1,33 ХСЛПВП – 1,78ХСЛПНП – 2,82 Катер -1,9 мочевина –4,4 креатинин –94 бил общ –30,7 бил пр – 5,8 тим –1,8 АСТ –0,39 АЛТ – 0,78 ммоль/л;

### 21.04.16 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

23.04.16 ОГТТ с 75 гр глюкозы натозщак – 5,8 ч/з 1 час – 6,4 ч/з 2 часа – 3,9 ммоль/л

21.04.16 Глюкоза крови – 5,8 ммоль/л

21.04.16Невропатолог: ДДПП на шейном уровне с-м цервикалгия, радикулопатии С5-С6 грыжа С6-С7 пролапс С3-С4, С4-С5, С7-Д1. Выраженные болевой с-м. Хроническое рецидивирующее течение.

22.04.16 Нейрохирург: ДДПП Грыжа С6 Межпозвоночного отдела с болевы и корешковым с-м.

21.04.16Окулист: VIS OD=0,8 OS= 1,0

Глазные щели ОД<OS. Экзофльм ОД<OS. Положительный с-м Боткина Грефе, Кохера. Подвижность глаз в полном объеме. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, вены обычного калибра . Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ..

19.04.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

21.04.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II А.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: мерказолил, персен, карведиоло торсид, бисопролол , нейромидин, тиотиазолин

Состояние больного при выписке: уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Рек. кардиолога:

аспирин кардио 100 мг 1р\д

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

розувастатин 10 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
2. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
3. Рек. окулиста: дипроспан 0,5 % в ОИ. Эл. форез с гидрокортизоном № 10 на ОИ.
4. Б/л серия. АГВ № 2352 с .04.16 по .04.16. К труду .04.16.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.