#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1126

##### Ф.И.О: Мацюця Александр Васильевич

Год рождения: 1959

Место жительства:

Место работы:

Находился на лечении с 10.08.17 по 28.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

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

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

Жалобы при поступлении на дрожь в теле потливость, плаксивость, потливость, слабость ,утомляемость, снижение веса на 30 кг за год, гловные боли, бол ив спине,

Краткий анамнез: Ухудшенеи состояния в течнеи полугода после психоэмоцитонально перегрузки, к эндокринологу не обращался. Выявлен при стац обследвоании в отд пульмонологии ЗОКБ: (и/б № 13512) ТТГ – 0,1 ( 0,3-4,0) АТТПО – 89,75( 0-30) Т4св – 9,02 (0,78-1,94) . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора тиреоистатической терапии .

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 11.08 | 134 | 3,9 | 5,3 | 7 | 2 | 1 | 55 | 34 | 8 |
| 22.08 |  |  | 6,45 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.08 |  | 3,2 | 1,06 | 0,84 | 1,9 | 2,8 | 8,4 | 69 | 21,6 | 5,4 | 0,63 | 0,32 | 0,74 |

11.08.17 амилаза – 13,2

10.08.17 Анализ крови на RW- отр

18.09.17 Св.Т4 - 59,1 (10-25) ммоль/л;

18.08.17 АКТГ – 31,0 ( 7,2-63,3) Кортизол – 14,7 ( 6,2-19,4)

10.08.17 Гемогл –132 ; гематокр –0,42 ; общ. белок – 57,5 г/л; К – 4,2 ; Nа – 146 ммоль/л

10.08.17 К – 4,2; Nа –146 Са - Са++ -1,45 С1 - 97 ммоль/л

13.08.17 К – 4,2 Nа –143

10.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 6 мин.; ПТИ – 74 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

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

12.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

##### 23.08.19 глюкоза 9,8

3.08.17Невропатолог: С-м вегетаивной дисфункции, перманентно-пароксизмального характера, цефалгический с-м,

11.08.17Окулист: Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Сосудсистая воронка глуюбокая, широкая А:V 1:2 сосуды сужены ,извиты, склерозированы. Справа у диска один мелкий экссудат. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиоретинопатия ОИ

10.08.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена

14.08.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена

22.08.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена

21.08.17. ФГ ОГК: легкие без светлых, очаговых и инфильтративны теней. Фиброз в в/доле справа. Кони ифброзно ихзменены.

10.80.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1.

23.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 36,9 см3; лев. д. V = 35,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Дексаметазон, дратоверин, бисопролол, мерказолил ,АТФ лонг, предуктал MR, валериана, Т-триомакс, торадив, антраль, виснол, беродуал, гидозепам, альмагель, димедрол, фуросемид, аспакарам, амброксол,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. 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.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В