#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1174

##### Ф.И.О: Ефанов Николай Александрович

Год рождения: 1961

Место жительства: Ореховский р-н, Пгт Камышеваха, ул. Набережная27

Место работы: н.р

Находился на лечении с 22.08.17 по 29.08.17 в энд. отд.

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

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, раздражительность психоэмциональная лабильность, слабость утомляемость, снижение веса на 25 кг за 3 года, сухость,

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились 13.07.17 при плановом посмотре у кардиолога ++ Т45св- 36,9 (11,5-22,7) ТТГ <0,01 ( 0,4-4,0) в течение месяца отмечает жалобы на дрожь в теле, эмоциональную лабильность. С 2014 в течение года , непрерывно с 2015 принимает кардонат по поводу персистирующей формы фибриляции предсердий. В 2014 проводилась кардиоверсия. 14.01.16 Т4св - 13,– ( 11,5-22,7) ТТГ – 1,01 ( 0,4-4,0) 07.2014 ТТГ – 0,71 Т4св – 10,3. 14.07.17 консультиирована эндокринологом диагностирован смешанный токсический зоб, отменен прием кардарона. С 14.07.17 принимает тирозол 10 мг по 1т 3р/д, бисопролол 01 мг 1р/д, продакса 150 мг 2р/д + седативные препараты. 11.08.17 ТТГ < 0,05 ( 0,3-4,0) Т3 общ – 3,3 ( 1,2-5) Т4св – 37,6 ( 10-25) АТТПО < 2. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 23.08 | 147 | 4,4 | 4,9 | 5 | 1 | 1 | 65 | 30 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.08 |  | 3,0 | 1,42 | 1,1 | 1,25 | 1,7 | 4,8 | 80 | 15,5 | 3,4 | 0,42 | 0,2 | 1,22 |

25.08.17 Св.Т4 - 45,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

23.08.17 К – 3,58 ; Nа –135,4 Са - Са++ - 1,21С1 – 96,3 ммоль/л

28.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. –мин.; ПТИ – 100 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4

### 23.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –0-0-1ед в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. -ед в п/зр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.08 | 4,3 | 6,4 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

Окулист: Факосклероз. Гл. дно: соссуды неравномерного калибра извиты, склерозированы, вены полнокровны с-м Салюс 1- II . В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.08.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибриляция предсердий . Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

23.08.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

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.

22.08.17 ФГ ОГК: без патологии

Лечение: тирозол, мерказолил, бисопролол ,валериана, эссенциале,

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. Преднизолон 5 мг 2 табл в 8.00, 2 табл в 11.00 ,дозу преднизолона постепенно уменьшать на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата ,под контролем ОАК
3. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
4. Рек. кардиолога: бисопролол, 5-10 мг, продака 150 мг 2р/д розувастатин 20 мг, рамиприл 2,5-5 мг.
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..
9. Б/л серия. АГВ № 2358 с .08.17 по .08.17. к труду .08.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В