#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1180

##### Ф.И.О: Мешкова Людмила Алексеевна

Год рождения: 1949

Место жительства: Г-польский р-н, Г-Поле ул. Цветная 4-30

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 25.08.17 по 04.09.17 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 голвоные боли, головокружения, гиперигментация кожных покровов, тошнота, слабость ,утомляемость, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: Хрончиескаянадпочечнкиовая недостаточность с2004, коритзол 3,7 (5-25) ТТГ – 25,4 ( 12-22) от 2004. Постоянно принимаетзаместительную терапию. В настоящеевермя принимает преднизолон 5 мг 7.002т 1.00- 1т 13.001т. принимает с 23.08.17 ( после конс. эндокринологом ОКЭД) ранее принмиала преднизолон 7.00-1,5т 11.00 – 0,5 т. 21.08.17 кортизол – 0,49 (6,2-19,9) ТТГ – 6,59 (0,4-4,0) АИТ с 2004, принимает L-тироксин 50 мкг/сутс 25.0.17 (ранее принимал 12,5) ТТГ – 6,59 ( 0,4-4,0)

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 28.08 | 53,3 | 7,8 | 3,0 | 1,56 | 4,86 | 45,0 | 7,6 | 97 | 9,2 | 2,3 | 1,5 | 0,17 | 0,24 |

28.08.17 К – 4,0 ; Nа – 137 Са++ - 1,2С1 -99 ммоль/л

28.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 93,8%; фибр – 3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

### 28.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

28.08.17 Глюкоза 4,3

28.08.17Невропатолог: Энцефалопатия II сочетанног генеза ( дисметаболчиеская, сосудистая), цереброастенический с-м.

28.08.17 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,9 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I. в макуле дистрофические изменения. Д-з: Начальная катаракта Возрастная макулосдистрофия,ангопатия сетчатки ОИ .

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

31.08.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1.

Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено II ст с обеих сторон . Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

30.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ;.

30.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,3 см3; лев. д. V =2,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

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:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.,
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В