#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1199

##### Ф.И.О: Игнатюк Александр Анатольевич

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Г Сталинграда 14-130

Место работы:

Находился на лечении с 30.08.17 по 06.09.17 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.

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 головные боли, учащенное сердцебиение, дрожь в теле ,потливость, психоэмоционалная лабильность, раздражительность,

Краткий анамнез: Сухудшение сотояния в течение года, за мед помощью обратился 16.08.17. Т4св – 85,1 ( 11,5-22,7). ТТГ -0,02 ( 0,4-4,0) АТТПО – 1395 (0-35), 23.08.17. АТрТТГ > 40,0 (0-1,5) консультирована эндокринолого по м/ж –диагностирован ДТЗ. Госпитализирована в эндодиспансер с целью компенсации тиреотоксикоза. С 25.08.17 принимает тирозол 10 м г1т 3р/д, бисопролол 5 мг 1р/д

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 31.08 | 144 | 4,3 | 3,7 | 7 | 1 | 2 | 70 | 24 | 3 |
| 04.09 | 162 | 5,0 | 5,0 | 5 | 1 | 0 | 69 | 28 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.08 | 145 | 3,3 | 1,43 | 0,84 | 1,81 | 2,93 | 2,9 | 72 | 32,0 | 6,6 | 2,3 | 0,36 | 0,23 |
| 05.09 |  |  |  |  |  |  |  |  | 22,6 | 5,3 | 2,2 | 0,14 | 0,12 |

31.08.17 К –4,51 ; Nа – 143,7 Са++ - 1,18С1 - 101 ммоль/л

### 31.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

04.09.17 глюкохза крови – 4,1 ммоль/л

31.08.17Невропатолог: СВД, астено-невротический с-м, рек бифрен 1т 3р/д.

30.08.17Окулист: ОИ экзофтальм 1 ст, движенеи в полном объеме, конънктива легка раздражена, веки смыкаются, оптически среды позрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды умеренноизвиты,вены полнокровны. В макуле без особенностей. ДЗ: Эндокринная отальмопатия. Легкой стпеени, неактивная фаза. Гиперметропчиеский астигматизм OS .

04.09.17ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. с-м ранней реполяризации желудочков

Кардиолог: тиреостатическая болезнь сердца АВ блокада 1 ст. СН 0-1.

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: тирозол, персен, бисопродлол, тиотризолин, мерказолил, 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. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога:
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. 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.,
11. 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