#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1004

##### Ф.И.О: Кабакова Ольга Николаевна

Год рождения: 1983

Место жительства: г. Запорожье ул. Хлебная 179

Место работы: Пассажирское вагонное депо «Запорожье1», проводник охраны у парку отстоя.

Находился на лечении с 13.07.17 по 25.07.17 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 руках, потливость, психоэмоциональную лабильность, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: 13.060.17 направлена на дообследование к эндокринологу, гинеколом женской консультации. ПО данным УЗИ щит железы (Закл.: Диффузные изменения паренхимы щит железы по типу АИТ). 19.06.17 ТТГ -0,04 ( 0,4-4,0) АТТПО – 53,7 ( 0,4-4,0. 21.06.17 Т4св – 30,1 ( 11,5-22,7) 23.06.17консэндокринологом ОЭД, рек-но динамическое наблюдете. Контроль гормонов щит железы через 1 мес. 10.07.17 Т3св -9,74 ( 1,8-4,2)Т4св- 28 1, ( 11,5 – 22,7) ТТГ – 0,01 ( 0,4-45,0)диагностировандиффузный токсический зоб. В настоящее веря беременность 1, 8 нед. роды 1. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксоказа.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.07 | 126 | 3,8 | 4,0 | 20 | 1 | 2 | 59 | 33 | 5 |
| 18.07 | 135 | 4,1 | 5,3 | 27 | 1 | 1 | 72 | 23 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.07 | 102 | 4,38 | 0,86 | 1,94 | 2,04 | 1,3 | 2,9 | 63 | 10,6 | 2,1 | 1,9 | 0,42 | 0,46 |

21.07.17Св.Т4 - 34,5 (10-25) ммоль/л

14.07.17 АТрТТГ 4,49

21.06.17 Т4св – 30,1 ( 11,5-22,7

14.07.17 К – 4,34 ; Nа – 135,8Са - Са++ - 1,19С1 - 104,1 ммоль/л

### 10.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

21.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

18.07.17 ОГТГ натощак – 5,6 ммол/л через 2 часа 5,2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.07 | 7,9 |  |  |  |
| 16.07 | 3,9 | 5,1 | 4,5 | 4,2 |
|  |  |  |  |  |

24.07.17Невропатолог: Данных за очаговую неврологическую патологию на момент осмотра нет

18.07.17 Окулист: VIS OD= 0,1сф- 5,5=1,0 OS=0,1сф – 54,0=1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А в макуле без особенностей, сосуды расширены, умеренно извиты. На периферии дистрофические изменения. Д-з: Миопия средней степени. ПХРД ОИ.

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

14.07.17Кардиолог: С-м укороченного PQ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.07.17Гинеколог: Беременность 1, 9 нед ОСА (ДТЗ, миопаия ср. степени)

13.06.17 УЗИ ОМТ: Беременность 4 нед. киста левого яичника (желтое тело)

13.06.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10 см3; лев. д. V = 12см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, гипо- гиперэхогенные участки. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы щит железы по типу АИТ.

Лечение: тирозол, валериана, фолиевая кислота, тирозол,

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. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рек. кардиолога:
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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.
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.
8. Рекомендовано обращение в клинико-диагностического отд. областного перинатального центра. ( б. Шевченко 27, регистратура т. 224-09-57).
9. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В