#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 767

##### Ф.И.О: Деднев Сергей Владимирович

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Энергодар ул. Комсомольская 67-96

Место работы: ВП «ЗАЭС» ЦТАВ, зам начальника

Находился на лечении с 30.05.18. по 07.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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 слабость, утомляемость дрожь в теле, потливость, психоэмцоиональную лабильность потерю весан а 10 кг за 3 мес.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в теченеи 2 мес, впервые обратилась к кардиологу 20.05.18 назначено дообследование. 29+.05.18 Т4св – 37,3 ТТГ – 0,01 АТТПО – 64,8, диагностирован диф. токсический зоб, конс. эндокринологом ОКЭД. 01.06.18 назначено лечение тирозол 10 мг 3р/д, бисопролол 5 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д , адаптол 300 мг 2р/д. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает триплексан 10/2,5/5 мг 1р/д Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии .

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.06 | 139 | 4,2 | 5,5 | 12 | |  | | 1 | 1 | 62 | 35 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.06 | 76 | 5,32 | 1,83 | 1,78 | 2,7 | | 2,0 | 7,0 | 94 | 20,2 | 3,9 | 0,75 | | ,45 | 0,61 |

05.05.18 К – 4,86 ; Nа – 139,5 Са++ -1,16 С1 - 107 ммоль/л

11.06.18 АЧТЧ – 30 МНО 0,96 ПТИ 104 фибр – 3,7

07.06.18 ОГТГ с 75 гр глюкозы натощак – 6,2 через 2 часа – 3,5

### 05.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр -1000 белок – отр

11.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр

##### 05.06.18 Глюкоза – 5,7 ммоль/л

Невропатолог:

210.5.18 МРТ картина Дисциркуляторной лейкоэнцефалоаптии 1 ст на фоне умеренной фрнто-темпоралной атрофии. МР признаки калцьификации базальных ганглиев правой гемисферы.

11.06.18 Окулист: VIS OD= 0,1сф + 2,5=1,0 OS= 0,1сф + 2,5=1,0 .

Гл. дно: движение глазных яблок в полном объеме, с-м Грефе «+» с 2х сторон. Начальные помутнения в хурусталике.ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз, с-м Салюс 1 . Д-з: Начальная катаракта ОИ. Эндокринная отальмопатия ОИ

04.06.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.06.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

12.07.18Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового С.О.: диагноз согласован.

25.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =40,6 см3; лев. д. V = 23, см3

Эхогенность повышена. Эхоструктра к однородная крпунозернистая с наличем гиперэхогенных фиброзных септ и анэхогенными зонами до 2 мм. Симметрчная паренхиматозная гиперваскуляризация обеих долей с сохранеными скоростными показателями и индексами переверическог ос опротивления.. Регионарные л/узлы визуализируются до 5 мм. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, 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. В настоящий момент в инсулинотерапии не нуждается. При гликемии натощак больше 5,8 ммоль/л, склонности к ацетонурии рекомендован Протафан НМ 22.00 2 ед. При сохраняющейся гипергликемии в теч суток больше 7,8, – консультация в эндокриндиспансере.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
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.
12. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.05.18. по 15.05.18 к труду .06.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.