#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1339

##### Ф.И.О: Величко Елена Витальевна

Год рождения: 1968

Место жительства: Васильевский р-н, с. Чалки пер. Красный

Место работы: ООО «Молис» ул. Степная 2 – мастер

Находился на лечении с 12.10.18 по  24.10.18 в энд. отд.

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

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

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.

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 сухость во рту, жажду, полиурию, слабость, утомляемость, дрожь в теле, потливость, психоэмоциональная. лабильность, раздражительность.

Краткий анамнез: Вышеуказаныне жалобы беспокоят в течение 1,5 мес, обратилась к гинекологу по м/ж. проведено дообследование. 01.10.18 01.10.18 -0,05 ( 0,27-4,2)Т4св – 62,2 (12,0-22,0) 12.09.18 ТТГ – 0,025 ( 0,27-4,2). Т4св – 183,6(76,1-170,0) т3св – 2,83 (1,2-3,1). Принимала тиреостатики с 04.10.18 в дозе 30 мг/сут(ранее в течение 10 дней принимала тирозол 20 мг), корвитол 50 мг 2р/д.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.10 | 151 | 4,5 | 3,2 | 10 | |  | | 2 | 2 | 53 | 37 | | 6 | | |
| 18.10 |  |  | 2,9 |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 22.10 | 150 | 4,5 | 3,8 | 10 | |  | | 2 | 2 | 42 | 48 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.10 |  | 5,32 | 2,43 | 1,08 | 3,13 | | 3,9 | 4,8 | 75 | 16,5 | 4,3 | 4,0 | | 0,21 | 0,78 |

17.10.18АТрТТГ – 0,43 (0,0-1,5)

17.10.18 К – 3,71 ; Nа –140 Са++ -1,19 С1 -99 ммоль/л

.10.18 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

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

17.10.18 Глюкоза крови – 5,1

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.10.18 ЭКГ: ЧСС -10 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.10.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI. СН 0. ПМК 1 сь

18.10.18 ЭХО КС: систолическая и диастолическая функции миокарда ЛЖ не нарушены. ПМК 1 ст ( пролапс прередней створки 3,1 мм/мм) регургитация 1 ст на ТК ,АК 3- створчатый функции АК не нарушена. Эхопризнаки начальной легочной гипертензии. Незанчительная дилатация правых отделов сердца.

22.10.18 Гематолог ++

23.10.18 Осмотр хирурга эндокринолога к.м.н Вильхового С.О.: диагноз согласован.

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:

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. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
3. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
4. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АДЛ № 1777 с .10.18 по .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.