#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 853

##### Ф.И.О: Дука Надежда Николаевна

Год рождения: 1964

Место жительства: Запорожье, г. Сталинграда 6-76

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.06.13 по 02 .07.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, диффузный токсический зоб IV, тяжелая форма, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия ОИ. Тиреотоксическая болезнь сердца СН I. С-м вегетативной дисфункции на доне ДТЗ.

вторичноинсулинзависимый,

средней тяжести, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация.

Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Диабетическая нефропатия III-IV ст. ХПН 0.

Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Дисметаболическая энцефалопатия I-II, цереброастенический с-м, астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м.

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

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние. Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на периодические головные боли, боли в сердце, повышение ад до 200/80 м рт. ст., отеки голени, жажда, слабость, быструю утомляемость, ухудшение зрения.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течении года, обртился к эндокринологу 27.06.12. При обследовании ТТГ-<0.01; Т4 Св -22,0; АТТПО <10.0 (до 35) от 02.07.12. Повторно обратился к эндокринологу 16.04.13 ТТГ <0.005 Т4 Св >100.0 от 11.04.13, был назначен ++ 5 мг 2т\*3р/д, повт. ТТГ 0,008; Т; Св >100,0 от 03.06.13. Обратился в ОКЭД самостоятельно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для ++

Данные лабораторных исследований.

19.06.13Общ. ан. крови Нв –118 г/л эритр –3,7 лейк – 3,6 СОЭ – 21 мм/час

э- 0% п-0 % с-69 % л-26 % м- 5%

26.06.13Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр –4,6 лейк – 5,2 СОЭ – 17 мм/час

э- 1% п-2 % с-50 % л-43 % м- 4%

19.06.13Биохимия: СКФ –74,3 мл./мин., хол –4,0 тригл -1,16 ХСЛПВП -0,9 ХСЛПНП – 2,57 Катер -3,4 мочевина –3,3 креатинин –65 бил общ –16,7 бил пр –4,1 тим – 2,45 АСТ – 0,32 АЛТ – 0,4 ммоль/л;

19.06.13 кортизол – 14.04 мкг/дл

21.06.13К – 4,8 ; Nа –149,2, Са -2,2 ммоль/л

### 19.06.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.06 | 3,8 |  |  |  |  |
| 26.06 | 4,6 |  |  |  |  |

Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции на доне ДТЗ.

Окулист: Осмотр в палате

Отеки пигментация верхнего века ОИ. Глазные щели расширены. Экзофтальм ОИ. Подвижность глаз в полном объеме. Положительный с-м Боткина, Грефе, Кохера. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склеротические изменения. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

26.06.13ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

01.07.13 ФГ – без патологии.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога:

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
3. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год.
5. Рек. окулиста: МРТ орбит с Указанием мышц и состояния ретробульбарной клетчатки, дексаметазон 0,1% 2к 3р/д в ОИ. Эл. форез с гидрокоризоном № 5 на оба глаза
6. Б/л серия. АБЖ № с .06.13 по .06.13. К труду .06.13г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.