#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1109

##### Ф.И.О: Маловичко Валентина Михайловна

Год рождения: 1952

Место жительства: Б-Белозерка ул. Гоголя 125

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 15.09.16 по 27.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Гипотиреоз средней тяжести декомпенсация. Сахарный диабет, тип 2,средней тяжести, субкомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании ис инфекции мочевыводящих путей. Начальная катаракта, ангиопатия сетчатки смешанного генеза ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, преимущественно в ВББ, вестибуло-атактический с-м. ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф.кл. КАГ 2012 состояние после ЧК (2012) СН1 ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, отеки лица, голеней повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, зябкость сонливость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. ССП с 2012 В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром, глюкофаж 1000 2р/д. Гликемия –6,8-8,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к с начала заболевания в течение 4 лет. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает индапрес, престариум. АИТ, гипертрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести с 2012. Постоянная заместительная терапия. В настоящее время принимает эутирокс 100 мкг утром. ТТГ – 22,27 (0,3-4,0) Мме/мл 09.2016. ТАПБ от 2012 - очаг АИТ. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.09.16 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр –4,4 лейк –4,8 СОЭ –27 мм/час

э- 0% п- 0% с- 63% л- 30% м- 7%

16.09.16 Биохимия: СКФ –86,2 мл./мин., хол –3,1 тригл -4,2 ХСЛПВП -0,77 ХСЛПНП -0,51 Катер -3,0 мочевина –6,1 креатинин –83,5 бил общ – 10,2 бил пр –2,5 тим – 4,68 АСТ – 0,35 АЛТ –0,33 ммоль/л;

16.09.16 Глик. гемоглобин – 11,2%

16.09.16 Са – 2,15 ммоль/л

### 16.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –7-8 эрит 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

20.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4000 эритр - белок – отр

19.09.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

19.09.16 Микроальбуминурия – 51,04мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.09 | 8,7 |  |  |  |  |
| 17.09 | 6,2 | 8,5 | 7,0 | 9,0 |  |
| 19.09 | 6,1 | 8,8 | 5,1 | 6,6 |  |
| 23.09 | 4,8 | 7,7 | 7,6 | 9,2 |  |

15.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, приемущественно в ВББ, вестибуло-атактический с-м.

16.09.16Окулист: VIS OD= 0,4 сф 2,0 д = 0,8 OS= 0,1 -0,2 сф+ 1,5д =0,6 ; ВГД OD= 17 OS=16 жалобы на постепенно снижение зредия. Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Легкая деколорация, атрофия хориоидеи а:в 2:3, сосуды узкие извиты, склерозированы. Вены полнокровны. С-м Салюс 1-2 В макулярной области депигментация. Рефлекс слажен. Д-з: Начальная катаракта, ангиопатия сетчатки смешанного генеза ОИ.

15.09.16ЭКГ: ЧСС -68 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

20.09.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф.кл. КАГ 2012 состояние поче ЧК (2012) СН1 ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

19.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.09.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,0 см3; лев. д. V = 6,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диабетон MR, диаформин, L-тироксин, индапрес, эналаприл, вазосер, норфлоксацин, парацетамол, диалипон, L-лизин эсцинат, нейроксон.

Состояние больного при выписке: Гипотиреоз субкомпенсирован. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100 мг утром. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 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. Рек. невропатолога: вазосерк 24 мг 2р\д
8. УЗИ щит. железы 1р. в год L-тироксин 125 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контроль ТТГ через 2 мес. С послед коррекцией дозы.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. Рек. окулиста: вихилотон 1к 3р\д постоянно в ОИ

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.