#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1086

##### Ф.И.О: Нагалюк Андрей Леонидович

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Мелитополь ул. Дзержинского 95 кв 182

Место работы: военнослужащий НГУ уд. серия ВО №103315

Находился на лечении с 04.09.14 по 18.09.14 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести, декомпенсация. Дисциркуляторная, гипотиреоидная энцефалопатия 1-II с венозно-ликворной дисфункцией на фоне ДДПП ШОП, ГОП. Цереброастенический с-м когнитивное снижение. С-м ПА с двух сторон. Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце СН 1. Риск 4. Постинъекционный тромбофлебит подкожной вены в/к Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на головные боли, боли в сердце, отеки, слабость, утомляемость, ухудшение памяти, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течении 4 лет, к врачу не обращался, Выявлен при проф осмотре в 2013. ТТГ – 253,0 (0,4-4,0); Т4 Св - <4,28 (4,5-22,7) АТТПО – 1920,0 (до 100). Получал стац лечение в ОКЭД в 2013. Был назначен эутирокс 100 мкг. Ухудшение состояния в течении 2х месс после психоэмоциональной, физической перегрузки. 05.06.14 ТТГ – 164 мкМЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии, лечение метаболических нарушений.

Данные лабораторных исследований.

05.09.14 Общ. ан. крови Нв – 170,3 г/л эритр –5,4 лейк –4,3 СОЭ –5 мм/час

э- 0% п- 4% с- 41% л- 52% м- 3%

05.09.14 Биохимия: СКФ –89 мл./мин., хол –8,6 тригл – 4,64ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП -5,4 Катер -7,1 мочевина – 8,55 креатинин –136 бил общ – 10,5 бил пр –2,6 тим –13,1 АСТ – 0,44 АЛТ – 0,61 ммоль/л;

### 05.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

05.09.14 Глюкоза – 4,5

09.09.Невропатолог: Дисциркуляторная, гипотиреоидная энцефалопатия 1-II с венозно-ликворной дисфункцией на фоне ДДПП ШОП, ГОП. Цереброастенический с-м когнитивное снижение. С-м ПА с двух сторон.

04.09.Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD=20 OS=19

Оптические среды и глазное дно без особенностей.

04.09.ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. 15.09.Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. СН 1. Риск 4.

Ангиохирург: постинъекционый флебит левой в/к

Хирург: постинъекционый тромбофлебит подкожной вены в/к

08.09.14 Дупл. сканирование браиоцефальных артерий: Заключение: Данные на руках.

15.09.14 Дупл сканирование артерий в/к: Эхопризнаки окклюзивного тромба в подкожных венах на уровне плеча и предсердия.

04.09.УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,5 см3; лев. д. V = 10,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры бугристые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы, диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, пирацетам, диалипон, витаксон, глиятон, L-лизин эсцинат, лиотон гель, нолипрел.

Состояние больного при выписке: Гипотиреоз субкомпенсирован, уменьшились слабость, утомляемость. АД120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. L-тирокскин ( эутирокс) 125 мкг утром натощак за 30 мин до еы, постоянно. Под контр ТТГ.
3. Контр ТТГ ч/з 1,5 мес с послед коррекцией дозы заместительной терапии.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Рек. невропатолога: ноофен 2т утром 1,5-2 мес..
6. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. Рек. хирурга: лиотон 1000 местно 2р\д.
8. Справка № с 04.09.14 по 18.09.14.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.