#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 782

##### Ф.И.О: Левченко Роман Анатольевич

Год рождения: 1975

Место жительства: г. Запорожье ул. Добролюбова 21-39

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.06.15 по 07.06.15 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, тяжелая форма, декомпенсация. Гипотиреоидная энцефалопатия 1, вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Дисгормональная кардиомиопатия. Высокая осложненная миопия ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Периферическая хориоретинальная дистрофия ОИ. Патология МАГ (гипоплазия правой ПА). Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, протрузия дисков С4-С5, D8-L5. Цервикокраниалгия, люмбоишалгия слева. Мышечно-тонический, умеренный болевой с-м, хроническое рецидивирующее течение, стадия неполной ремиссии. Хроническая ревматическая болезнь сердца н/ф, аортальная регургитация II ст СН1. Артериальная гипертензия II ст. Анкилозирующий спондилоартрит центральная форма, активность 1. Ro II СФН II. С-м Жильбера.

Жалобы при поступлении на слабость, утомляемость, головокружение, сухость кожи, зябкость, сонливость, раздражительность, склонность к запорам, повышение АД до 160/100 мм рт.ст, боли в сердце после нагрузки и в покое.

Краткий анамнез: АИТ, гипотиреоз с 2002. Постоянно заместительная терапия. ТТГ – 12,4 (0,4-4,0) АТТПО – 790 от 19.02.2010 ( на фоне приема L-тироксина 100 мкг/сут) С 2011 принимал L-тироксин 150 мкг/сут ТТГ – 5,03 от 12.04.12. С 04.2012 по настоящее время принимает L-тироксин 150/175 мкг/сут через день. ТТГ от 19.06.15 – 16,7 (0,4-4,0). Ухудшении состояния в течении последних 3х мес после психо-эмоциональных перегрузок. Имеет сопутствующую аутоиммунную патологию – анкилозирующий спондилоартрит (выявлен в 2008), по поводу чего регулярно принимает сульфасалазин 2г/сут, при обострения получает метотрексат, медрол ( см. заключение ревматолога ЗОКБ от 05.06.15). У матери АИТ, гипотиреоз. АД в течении 5 лет, постоянно принимает нолипрел 1т утром, локрен 1т утром, престариум 2,5 мг веч. Сопутствующая патология – с-м Жильбера (диагноз верифицирован в 2012 в областном гепатоцентре). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии, лечение осложнение гипотиреоза.

Данные лабораторных исследований.

24.06.15 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр –4,6 лейк –5,3 СОЭ – 5 мм/час

э- 1% п- 1% с- 70% л- 22 % м- 6%

24.06.15 Биохимия: СКФ –69,7 мл./мин., хол – 4,0тригл -1,1 ХСЛПВП -1,46 ХСЛПНП -2,04 Катер -1,7 мочевина –6,8 креатинин –114 бил общ – 29,0 бил пр –6,4 тим –0,6 АСТ –0,30 АЛТ –0,43 ммоль/л;

03.07.15 Са – 2,15 ммоль/л

### 24.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

24.06.15 глюкоза крови – 7,4 ммоль/л

##### 26.06.15ОГТГ с 75 гр глюкозы натощак – 5,9 ч/з 1 час – 7,3 ч/з 2 часа – 5,6 ммоль/л

26.06.15Невропатолог: Патологи МАГ (гипоплазия правой ПА). Гипотиреоидная энцефалопатия 1, вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, протрузия дисков С4-С5, D8-L5. Цервикокраниалгия, люмбоишалгия слева. Мышечно-тонический, умеренный болевой с-м, хроническое рецидивирующее течение, стадия неполной ремиссии.

26.06.15Окулист: VIS OD= 0,06 с кор 0,5 OS= 0,06 с кор 0,5

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, умеренно полнокровны, дегенеративные изменения сетчатки по периферии. Д-з: Высокая осложненная миопия ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Периферическая хориоретинальная дистрофия ОИ.

23.06.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

23.06.15Кардиолог: Дисгормональная кардиомиопатия. Хроническая ревматическая болезнь сердца н/ф, аортальная регургитация II ст СН1. Артериальная гипертензия II ст.

05.06.15Ревматолог: Анкилозирующий спондилоартрит центральная форма, активность 1. Ro II СФН II.

29.05.15 Инфекционист обл гепатоцентра: С-м Жильбера.

27.05.15ЭХО КС:; По ЭХО КС: кравевое уплотнение, (фиброз) левой коронарной и некоронарной створок аортального клапана, створки спаяны у основания комиссуры. Аортальная регургитация (++) Миксоматозное удлинение митрального клапана. ПМК II ст. Мягкая митральная регургитация. Полости сердца не увеличены. Сократительная функция сохранена.

01.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

24.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V = 2,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, за счет прослоек фиброза, мелки гипоэхогенных очагов с обеих сторон до 0,45 см. У перешейка слева кальцевая структура 0,34\*0,58 В н/3 пр доли мелкий узел с гидрофильным ободком и мелкой кистовидной дегенерацией 0,6\*0,52 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы по типу АИТ. Мелкий узел правой доли.

Лечение: L-тироксин, нолипрел, лакрен, престариум, церебролизин, L-лизин эсцинат милдронат, армадин, тиоктацид, сульфасалазин

Состояние больного при выписке: гипотиреоз субкомпенсирован, уменьшились слабость, утомляемость. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. L-тироксин ( Эутирокс) 175 мкг утром натощак за 30 мин до еды постоянно.
3. Рек. кардиолога: лакрен 10 мг 1р\сут контр АД, ЭКГ
4. УЗИ щит. железы 1р. в 6-12 мес Контр ТТГ ч/з 1,5-2 мес. С последующей коррекцией дозы заместительной терапии.
5. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д .
6. Рек. ревматолога: сульфасалазин 2 г/сут длительно, мелоксикам 15 мг сут 5-7 дней и при болях, санкурлечение Хмельники, Немиров вне обострения.
7. Рек инфекциониста: наблюдение у гастроэнтеролога, формаль 1к 1р/д 5 дней, атоксил 1 ст. л 3 р\д.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.