#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 690

##### Ф.И.О: Рубе Ирина Николаевна

Год рождения: 1967

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки, ул. 1-го Мая, 70

Место работы: н/р

Находился на лечении с 28.05.15 по 09.06.15 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявленный. Метаболическая кардиомиопатия СН II. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 39,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, слабость, утомляемость, увеличение веса на 20 кг за 2 года, ухудшение зрения, одышка при физ. нагрузке, отеки н/к, лица.

Краткий анамнез: Вышеуказанные жалобы беспокоят в течении 2 лет, лечилась у невропатолога 18.05.15. конс. уч. терапевтом, выявлены изменения щит. железы, Св Т4 < 3,86 (1,5-22,7) ТТГ – 81,0 (0,4-4,0) 25.05.15 по данным УЗИ щит железы. Эхопризнаки тиреодита, гипоплазии щит. железы, узел правой доли. 26.05.15 Конс в ОКЭД назначен прием L-тироксина 25 мкг/сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

29.05.15 Общ. ан. крови Нв –146 г/л эритр –4,6 лейк – 4,4 СОЭ –9 мм/час

э- 3% п- 1% с-50 % л- 33% м- 13%

29.05.15 Биохимия: хол –8,24 тригл -4,53 ХСЛПВП -0,61 ХСЛПНП -5,57 Катер -12,5 мочевина – 6,6 креатинин – 74,8 бил общ – 12,8 бил пр – 12,8 тим –5,5 АСТ –0,42 АЛТ –0,88 ммоль/л;

08.06.15 АТ ТГ - (0-100) МЕ/л; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл

### 29.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед эпит. перех. -ед в п/зр

03.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

29.05.15 глюкоза крови 6,0 ммоль/л

03.06.15 ОГТТс 75 гр глюкозы натощак - 6,0 ч/з 1 час – 7,1 ч/ 2 часа – 5,1 ммоль/л

26.05.15Невропатолог: дисметаболическая энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м.

25.08.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

26.05.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

29.05.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

03.06.15РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

29.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V = 5,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий фиброз и многочисленные кольцевые структуры до 0,75 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, трифас, предуктал MR, престариум, тиотриазолин, пирацетам, диалипон турбо.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась общая слабость, утомляемость. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 60-65 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. L-тироксин 50 мкг утром натощак до 30 мин до еды 2 нед, затее дозу увеличить до 75 мкг\сут

Контр ТТГ в динамке ч/з 2 мес. с последующей коррекцией дозы эндокринологом по м/ж.

1. Контроль гликемии в динамике, диета № 9.
2. Рек. кардиолога: трифас 5 мг 1р\д 1 нед, предуктал MR мг 1т 2р/д амлодипин 10 мг 1р\д, престариум 2,5 – 10 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, повторный осмотр кардиолога.
3. Рек. невропатолога: бифрен 250 мг 3р/д 1 мес.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.