#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1105

##### Ф.И.О: Крайник Светлана Васильевна

Год рождения: 1949

Место жительства: Васильевский р-н, с. Скельки ул. Стадионная, 24

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 15.09.15 по 25.09.15 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33,7кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит. Инфекция мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружения, слабость, утомляемость, ухудшение зрения, памяти, повышение Ад до 160\100 мм.рт.ст., повышенную потливость, чувство голода.

Краткий анамнез: Гипотиреоз выявлен в 2008г. эндокринологом по м\ж, ТТГ – 132,7 (0,3-4,0) Мме/мл ; АТ ТПО –1021,9 (0-30) МЕ/мл, Св.Т4 -1,72 (10-25) ммоль/л от 05.2008. С 2008 принимает эутирокс 100 мг утром по настоящее время (в течении последнего года эутирокс принимает не систематически). К эндокринологу за весь период заболевания не обращалась. В течении последних 3х месяцев отмечает ухудшение состояния, выраженную потливость, чувство голода, головные боли, головокружение. Со слов больной при контроле показателей гликемии 2,5-3,0 ммоль\л, отмечает улучшение состояния после сладкого питья. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг 1р\д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии, уточнение генеза гипогликемических состояний.

Данные лабораторных исследований.

16.09.15 Общ. ан. крови Нв – 167 г/л эритр – 5,2 лейк – 8,3СОЭ – 2 мм/час

э-2 % п- 0% с- 61% л- 32 % м-5 %

16.09.15 Биохимия: СКФ –55,7 мл./мин., хол –6,1 тригл -1,41 ХСЛПВП -1,0 ХСЛПНП -4,46 Катер -5,1 мочевина – 5,9 креатинин –89 бил общ –12,8 бил пр – 3,5 тим – 2,9 АСТ – 0,22АЛТ – 0,46 ммоль/л;

21.09.15 С-пептид – 3,10 (1,1-3,3)нг/мл инсулин 7,9 (1,1-17,0) мкЕД/мл

23.09.15 Кортизол – 573,15 (160-670) нм/мл

18.09.15 Са- 2,27 ммоль/л

18.09.15Св.Т4 - 14,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 21,3 (0,3-4,0) Мме/мл

### 16.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 5-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

22.09.15 кал на я/г - отр

21.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -17500 эритр - белок – отр

23.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -12500 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.09 | 3,6 | 4,4 | 3,1 | 6,2 |
| 22.09 | 2,9 | 3,5 | 6,0 | 5,7 |

15.09.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии.

16.09.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II.. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.09.15ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

16.09.15 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

24.09.15Нефролог: Инфекция мочевыводящих путей.

22.09.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; множественных мелких конкрементов в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника.

15.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 0,80,7 см3; лев. д. V = см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, эналаприл, ципрофлоксацин, луцетам.

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость, утомляемость, жалоб на гипогликемические состояния не предъявляет. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. L-тироксин (эутрокс) 125 утром натощак за 30 мин до еды. Контроль ТТГ в динамике ч/з 2-3 мес. с последующей коррекцией дозы эндокринологом по м\ж.
3. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, КТ сосудов и сердца по м/ж.
4. Рек. невропатолога: ницериум уно 30 мг утром 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес . Контроль ТТГ в динамике ч/з 2-3 мес.
6. Рек. нефролога: избегать переохлаждения, тяжелого физического труда, конр ОАК, ОАМ, показателей азотемии 1р в 2 мес. УЗИ МВС 1-2 р\год. Продолжить ципрофлоксацин 250 мг 2р\д 10 дней + фуцис 50 мг 1р\д 10 дней. Конс. гинеколога по м\ж.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.