#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1583

##### Ф.И.О: Дмитриева Татьяна Анатольевна

Год рождения:1975

Место жительства: Веселовский р-н, пгт. Веселое ул. К – Маркса 14

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.12.16 по 29.12.16 в энд.отд.

Диагноз: Врожденный гипотиреоз, тяжелая форма, ст.декомпенсации. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I .Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженный церебро-астенический с-м. тревожный с-м. Нарушение личности и поведения с когнитивными дефектами,обусловленное последствиями дисметаболической энцефалопатии .

Жалобы при поступлении на общую слабость, утомляемость,головные боли, жажду, боли в сердце, сухость кожных покровов, снижение веса на 10 кг за год (активная физ нагрузка), нарушение настроения.

Краткий анамнез: страдает врожденным гипотиреозом с 03.1976 (с 6 месячного возраста). Со слов больной наблюдалась детским психиатром по поводу олигофрении ,являлась инвалидом детства).С 1995 года инвалидность не подтверждалась. Весь период заболевания принимает заместительную терапию. В наст.время принимает: L-тироксин 200 мкг\сут в течение месяца (ранее принимала 100 мкг\сут). 14.11.16 ТТГ – 42,82 Т4св – 9,74) препарат принимает не регулярно. Последнее стац. лечение в 1995г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

19.12.16Общ.ан. крови Нв130 г/л эритр –3,9лейк –5,5 СОЭ –14 мм/час

э- 1% п- 4% с- 55% л- 33 % м-7 %

19.12.16Биохимия: хол –4,54тригл -1,15 ХСЛПВП -1,42 ХСЛПНП -2,6 Катер -2,2 мочевина – 4,7креатинин – 88,2 бил общ – 11,8 бил пр –2,8тим –2,8 АСТ –0,56 АЛТ – 1,19ммоль/л;

23.12.16ТТГ –0,7(0,3-4,0) Мме/мл

### 19.12.16Общ. ан. мочи уд вес 1020лейк1-3 в п/зр белок отр ацетон отр; эп. пл. много ; эп. перех. - ум в п/зр

19.12.16 глюкоза крови – 4,4 ммоль\л

16.12.16Невропатолог: Дисметаболическая (на фоне гипотиреоза) энцефалопатия 1, выраженный церебро-астенический с-м. тревожный с-м.

16.12.16ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл.ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ Малый рост з. R V1-3.

23.12.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл.ось отклонена влево. С-м укороченного PQ. Малый рост з. R V1-3

20.12.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

26.12.16Психиатр Нарушение личности и поведения с когнитивными дефектами обусловленное последствиями дисметаболической энцефалопатии.

19.12.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. .

16.12.16УЗИ щит.железы: Пр д. V = 0,6 см3; лев. д. V =0,4 см3

Щит.железаменьше нормы. контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлыне визуализируются. Закл.: гипоплазия щит.железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, нообут, луцетам

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость, утомляемость АД 120/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, психиатра по м\жит.
2. L-тироксин(пожизненная заместительная терапия) 150 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контроль ТТГ в динамике через1 мес с послед. коррекцией дозы (при показаниях уменьшение дозы до 100 мкг/сут)
3. Рек.кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. 3 нед
4. рек невропатолога: нообут 1т 3р\д 1 мес.
5. Рек психиатра: лечение и обследование у психиатра по м\ж.
6. Контроль печеночных проб (АСТ, АЛТ в динамике) определить маркеры вирусных гепатитов В и С ( в эндодиспансере отказалась).Консультация гастроэнтеролога пом \ж
7. Конс. окулиста по м\ж
8. УЗИ щит.железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в3- 6 мес.
9. Направить на ВКК по м/жит для определения степени утраты трудоспособности.

##### 

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В