#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 174

##### Ф.И.О: Романчук Виктор Владимирович

Год рождения: 1960

Место жительства: Акимовский р-н, с. Переможное, ул 40л Победы, 20

Место работы: н/р

Находился на лечении с 09.02.16 по 22.02.16 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы Гипотиреоз, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженный цереброастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. постинфарктный кардиосклероз ( 2011) СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ХБП II ст. гипертензивная нефропатия. Ожирение I ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на головные боли головокружение, учащенное сердцебиение,

повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., отеки лица, голеней, сухость во рту, общая слабость, утомляемость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, боли за грудиной сживающего характера,одышку при физ.нагрузке.

Краткий анамнез: Гипотиреоз впервые выявлен 10.2015 во время стац лечения в терап. отделении по м\ж по поводу ИБС. ТТГ – 51,6; Т4св – 3,8, назначен L-тироксин 25 мкг, затем 50 мкг\сут, принимал коротким курсом, в связи с плохой переносимостью препарата L-тироксин самостоятельно отменил. В дальнейшем за мед помощью не обращался. Ухудшение состояния в течении месяца. 04.02.16 дообследован ТТГ 97,3 Т4св – 3,86 Т3св -1,0 АТТГ – 23,9 АТТПО – 34,4. ИБС, стенокардия напряжения, п/инфарктный кардиосклероз в течении 5 лет. В наст. время принимает: аторис 20 мг 1р\д, кардиомагнил 75 мг 1р\д, вазар Н 1т 1р\д , торсид 10 мг 2р\нед. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

10.02.16 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр – 4,5 лейк –8,4 СОЭ –5 мм/час

э- 4% п- 1% с- 62% л- 30% м- 3%

10.02.16 Биохимия: СКФ –79,3 мл./мин., хол –7,8 тригл -3,73 ХСЛПВП -0,97 ХСЛПНП – 5,1Катер – 7,0мочевина – 5,5 креатинин – 135,7 бил общ – 14,3 бил пр –3,6 тим – 7,9 АСТ – 0,62 АЛТ – ,011 ммоль/л;

17.02.16 Биохимия: креатинин –156,6 тим –5,9 АСТ – 0,5 АЛТ – 0,34 ммоль/л;

19.02.16АТ ТПО –354,2 (0-30) МЕ/мл

### 10.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

10.02.16 глюкоза крови 3,0 ммоль\л

10.02.16Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженный цереброастенический с-м.

12.02.16Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.02.16ЭКГ: ЧСС - 50уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

10.02.16ЭКГ: ЧСС – 50 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

16.02.16ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

20.02.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. постинфарктный кардиосклероз ( 2011) СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

18.02.16ЭХО КС: КДР-5,7 см; КСР- 4,5см; ФВ- 44%; просвет корня аорты -3,3 см; ПЛП -4,2 см; МЖП – 1,4см; ЗСЛЖ –1,2 см; ППЖ- 2,8см;; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатации ЛП, ЛЖ, систолическая дисфункция, гипокинезия ЗСЛЖ и верхушки ЛЖ, диастолическая дисфункция по первому типу, регургитация 1 ст на МК, ТК, и КЛА, склеротических изменений створок МК, АК.

18.02.16Нефролог: ХБП II ст. гипертензивная нефропатия.

22.02.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст.

16.0.216УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1см3; лев. д. V = 4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Вазар, эутирокс, торсид, аторис, небилет, предуктал MR, изокет спрей, тиоцетам

Состояние больного при выписке: уменьшились обща слабость, утомляемость. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 60 уд\мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невролога по м\жит.
2. Эутирокс 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды 2 нед. затем дозу увеличивать на 12,5 мкг 1р в 2 нед. до 75-100 мкг\сут. Контроль ТТГ в динамике ч/з 1 мес. с последующей коррекцией дозы эутирокса эндокринологом по м/жит. Контроль ЭКГ.
3. Рек. кардиолога: аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь. кардиомагнил 75мг 1т. веч., вазар 80/12,5 ½ табл 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., при болях в сердце изокет спрей. Динамика АД. ЭКГ.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 2-3 мес.
5. Рек. нефролога: диета с ограничением соли адекватная противогипотензивная терапия. Показано проведение УЗИ МВС в амб. условиях.
6. Эссенциале по 2 табл 3 р/день -1 мес .Контроль печеночных проб в динамике. При необходимости определить маркеры вирусного г6епатита В,С.
7. Рассмотреть вопрос о направлении на ВКК по сопутствующей кардиальной патологии.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.