#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 90

##### Ф.И.О: Окопский Иван Иванович

Год рождения: 1961

Место жительства: Приазовский р-н, с. Воскресенка, ул. Шевченко, 60

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 22.01.16 по 01.02.16 в энд. отд.

Диагноз: Гипотиреоз средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, выраженный цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии. ХБП III ст. Тубулоинтерстициальный нефрит, миконефролитиаз, кисты обеих почек. Метаболическая кардиомиопатия неполная блокада ЛНПГ. СН 1. САГ 1 ст. Подагра, хроническое течение, актив II Ro III СФН II.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, боли в сердце, заторможенность, сонливость, снижение слуха, ограничение движения в суставах, отеки лица, голеней, повышение АД макс до 140/100 ммр.т.ст., общую слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: гипотиреоз с 2014, назначен первично прием L-тироксин 100 мкг утром. принимал в течении 6 мес, затем прием препаратов самостоятельно отменил. За мед помощью не обращался. Ухудшение состояния с 12.2015. Проходил стац лечение в т/отд по м\ж, дообследован: Т3св – 1,2 (1,8-4,2) Т4св - < 3,86(011,5-22,7), ТТГ – 186 (0,4-4,0). Страдает подагрой, хроническое течение. Получает лечение не систематически. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

25.01.16 Общ. ан. крови Нв – 126 г/л эритр – 3,8 лейк – 3,5 СОЭ – 35мм/час

э- 2% п- 1% с-67 % л- 28% м- 2%

25.01.16 Биохимия: СКФ –41,7 мл./мин., хол –10,2 тригл – 4,1ХСЛПВП -0,88 ХСЛПНП – 7,44Катер – 10,6мочевина –3,9 креатинин – 230,8 бил общ –12,8 бил пр –3,2тим – 7,0АСТ – 0,26 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

### 25.01.16 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 14-15-16 в п/зр белок – 0,151 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

25.01.16 Глюкоза крови – 3,2 ммоль/л

22.01.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, выраженный цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии.

22.01.16Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,8 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

25.01.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Полная блокада ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия неполная блокада ЛНПГ. СН 1. САГ 1 ст.

29.01.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, мелких конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя. Функционального раздражения кишечника, наличия кист в почках, мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики, косвенные признаки двухстороннего хр. пиелонефрита.

01.02.16Нефролог: БП III ст. Тубулоинтерстициальный нефрит, миконефролитиаз, кисты обеих почек.

22.01.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,5см3; лев. д. V = 2,9 см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипокинезия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

22.01.16 Ревматолог: Подагра, хроническое течение, актив II Ro III СФН II.

Лечение: L-тироксин, аллопуринол, серрата.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась общая слабость, утомляемость. АД 110/80 мм рт. ст. ЧС 70 уд/мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, ревматолога, нефролога по м\жит.
2. L-тироксин 75 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контр ТТГ в динамике ч/з 1-2 мес, послед. коррекцией дозы L-тироксина эндокринологом по м\ж. Определить АТТГ, АТТПО для уточнения диагноза ( усл, эндодиспансера категорически отказался)
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Повторный осмотр кардиолога
4. Рек. невропатолога: вестинорм 24 мг 2р\д 1 мес.
5. Рек ревматолога: диета стол № 6 аллопуринол 100 мг 2р\д, при болях найзилат 600 м 2р\д 5-7 дней. серрата 1т 3р\д 10 дней. Контроль ОАК, СРБ, мочевой кис-ты в динамике
6. Рек нефролога: повторить мочевую кис-ту определить суточную протеинурию, канефрон 2т 3р\д на протяжении 1 мес. Повторный осмотр нефролога после дообследования.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ ч/ з1-2 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.