#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1154

##### Ф.И.О: Кротова Наталья Анатольевна

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье ул. Фортечная 45/82

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.08.17 по 28.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз средней тяжести впервые выявленный Эндокринная офтальмопатия легкой степени. неактивная фаза, Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. мед. компенсации. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП 1 ст. Смешанная нефропатия IV. Варикозная болезнь н/к, ХВН 1 ст. Дисциркуляторная энцефалопатия1, цереброастенический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

Жалобы при поступлении на головные боли, сухость кожи, сонливость, общую слабость, утомляемость, увеличение веса на 20 кг за пол года, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст, резкое сниженеи памяти, концентрация внимания, рассеянность

Краткий анамнез: Повышение гликемии до 7,4 выявлено в 2009 периодически принимает препараты метформинового ряда. В течение последних 2х месяцев принимает мефармил 850 2р/д. На «Д» учете по м/ж не состоит. Обследовалась самостоятельно ТТГ>15 (0,23-4,4), Т4св – 1,89 (10-23,3) от 10.08.17, обратилась в ОКЭД для подбора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 17.08 | 143 | 4,3 | 5,0 | 22 | 1 | 0 | 60 | 37 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.08 | 85 | 7,47 | 7,0 | 0,91 | 3,34 | 7,2 | 3,7 | 113 |  |  | 5,1 | 0,5 | 0,68 |

17..08.17 Глик. гемоглобин 5,9- %

18.08.17 АТ ТПО –934,7 (0-30) МЕ/мл

17.08.17 К – 4,36 ; Nа –136 Са++ -1,21 С1 -103 ммоль/л

### 17.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

21.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

18.08.17 Суточная глюкозурия отр %; Суточная протеинурия – 0,142

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.08.17 | 5,7 | 5,8 | 4,1 | 3,7 |  |

18.08.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ,цереброастенический с-м.

18.08.17Окулист: VIS OD= 0,1сф - -2,5=1,0 OS= 0,2сф – 2,5=1,0;

Факосклероз. Гл. дно: ДЗН с сероватым оттенком. Границы четкие. Сосуды сужены, извиты, выраженный ангиосклероз. Вены полнокровны. С-м Салюс II ст. В макуле депигментация, друзы. ОИ – веки отечные, мягкие, конъюнктива слегка раздражена. Д-з: Эндокринная офтальмопатия легкой степени, не активная фаза, миопия слабой степени ОИ.

16.08.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Полная блокада ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

18.08.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия полная блокада ПНПГ. СН1.

18.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к.

17.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

30.05.17. Фг№ 5657 – без патологии

16.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3 см3; лев. д. V = 8,2 см3

Перешеек –0,3 см.

Эхоструктура диффузно неонородная за счет неоднородных включений размерами до 1,2 см., анэхогенных включений и мелких гипоэхогенных участков разержения, линейных фиброзных включений. Эхоинтенсивность снижена в Режиме ЦДК усилен кровоток. Регионарные л/узлы не визуализируются. Паращитовидные железы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки диффузно-очаговых изменений щит железы по типу АИТ.

Лечение: каптоприл, торадив, амлодипин, лозап, L-тироксин, мефармил, диалипон, витаксон, эналаприл, индапрес, пирацетам

Состояние больного при выписке: Уменьшились общая слабость ,утомляемость. АД 130/70 ЧСС 70 уд/мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. L-тироксин ( эутиркс ) 50 мкг утром натощак за 30 мин до еды .Контроль ТТГ в динамике через 2-3 мес. с послед. коррекцией дозы.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*1р/сут. Контроль показателей гликемии, глик гемоглобина.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т2р/д, лозап 100 м г1р/д, амлодипин 5-10 мг веч. .Дообследованние ЭХОКС.
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 2 мес.,
10. Рек ангиохирурга: веносмил 1т 3р/д 1 мес. гепарин гель 2р/д.
11. УЗИ щит. железы 1р. в 6-12 мес . Контр ТТГ в динамике.
12. Контроль ОАК, креатинина, мочевины, печеночных проб в динамике.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В