#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1248

##### Ф.И.О: Алексеева Татьяна Ташкентовна

Год рождения: 1968

Место жительства: Приазовский р-н, с. Розовка ул. Беды 4-4

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 08.09.17 по 20.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Гипотиреоз, средней тяжести, декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф. кл II .

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ДДПП ПОП, протрузия L3-L4 вертеброгенная люмбалгия ст нестойкой ремиссии. Хроническая железодефицитная анемия. Бронхиальная астма, тяжелое персистирующая, неконтролируемое течение средней степени тяжести, эмфизема ЛН II–Ш. Кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы больших размеров.

Жалобы при поступлении на общую слабость, утомляемость, заторможенность, затруднение речи, приступы удушья, одышка при физ. нагрузке, головные боли, головокружения, увеличение веса на 8 кг за 1,5 года, ухудшение зрения, памяти.

Краткий анамнез: Гипотиреоз впервые диагностирован в 2013, наблюдается у эндокринолога. Ранее принимала 100 мкг L-тироксина, в дальнейшем с 03.2017 прием препарата самостоятельно отменила. 23.08.17 ТТГ- 52,5(0,4-4,0) без приема L-тироксина. 01.09.17 ТТГ -62,4 ( 0,4-4,0) АТТПО – 58,5 ( 0-35). С01.09.17 – 07.09.17 стац лечение в аллергологич. отд ЗОКБ, консультирована эндокринологом, возобновлён прием L-тироксина В наст. время принимает: L-тироксин 75 мкг 1р/д. Страдает бронхиальной астмой с 2000,в наст. время принимает: сальмутамол при приступе, преднизолон 10 мг 1р/д(преднизолон принимает непрерывно в теч 2 лет) Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 11.09 | 97 | 2,9 | 4,8 | 42 | 1 | 6 | 43 | 46 | 4 |
| 12.09 | 93 | 2,9 | 4,0 | 31 | 3 | 4 | 52 | 39 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.09 |  | 6,0 | 2,84 | 1,35 | 3,34 | 3,4 | 4,3 | 89,1 | 9,8 | 2,6 | 3,2 | 0,39 | 0,26 |

11.09.17ТТГ – 20,5 (0,3-4,0) Мме/мл

11.09.17 Кортизол – 280 ( 160-670) АКТГ -30,4 ( 7,2-63,3)

11.09.17 К – 5,52 ; Nа – 136,7 Са++ - 1,12С1 - 100 ммоль/л

11.09.17 Коагулограмма: ПТИ –107 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4

### 11.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1002 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

##### 15.09.17 Глюкоза крови – 4,4 ммоль/л

11.09.17Невропатолог: ДДПП ПОП, р L3-L4 вертеброгенная люмбалгия ст нестойкой ремиссии .

12.09.17 Окулист: Факосклероз. Гл. дно: сосуды сужены, умерено извиты, вены уплотнены, не выраженный ангиосклероз, с-м Салюс 1- II ст В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.09.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

12.9.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф. кл II .

12.09.17Хирург: Кардио-фундальная грыжа ПОД больших размеров, болевой и диспептический с-м. Хр. колит?. Спаечная болезнь бр полости?

09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнакиизменнний диффузного типа без признаков портальной гипертензии.

13.09.17 ЭНМГ: ПО данным ЭНМГ н/к признаки преимущественно сенсорной полиневропатии, в дистальных отделах, демилинирзирующий характер поражения. Признаки поражения чувствительных корешков слева , на уровне L4-S2, аксональный характер.

01.09.17 гематолог: Хр. железодефицитная анемия.

07.09.17 аллерголог (из выписного эпикриза № 12131): Бронхиальная астма, тяжелое персистирующая неконтролируемое течение, средней степени тяжести. Эмфизема, ЛН II –Ш.

01.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =12,2 см3; лев. д. V =10,6 см3

По сравнению с УЗИ от 07.2016 размеры железы увеличились. Контуры неровне. Эхогенность и эхоструктура без динамики. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: преднизолон, L-тироксин, тардиферон, тиогамма, золопент, сальбутамол, дуфалак.

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость ,утомляемость. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, аллерголога, гематолога по м\жит.
2. L-тироксин (эутирокс) 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды. контроль ТТГ в динамике через 1-2 мес, с послед. коррекцией дозы при показаниях.
3. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, предуктал MR мг 1т 2р/д, Контроль ЭКГ.
4. Рек. невропатолога: нейромидин 1т 3р/д 1 мес ,келтикан 1т 3р/д1 мес,витаксон 1т 2р/д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 3-6 мес.
6. Рек хирурга: наблюдение гастроэнтеролога. КТ ОБП, ФГДС, ирригоскопия в плановом порядке, р-скопия желудка; Дуфалак 1-2л.3р/д 1-2 мес, +клетчатка 1 ст л. 3р\д2 мес. конс. доц. Гайдаржи для решения вопроса об оперативном лечение по поводу кардиофундальной грыжи ПОД в плановом порядке.
7. Рек гематолога: дан совет по режиму и питанию, тардиферон 2т/д 2 мес, затем тардиферон 2т/д длительно контроль ан. крови 1р/мес, наблюдения по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В