#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1047

##### Ф.И.О: Болотский Дмитрий Николаевич

Год рождения:1972

Место жительства: г. Запорожье, ул. Воронина, 4, кв. 4

Место работы: АТ «Мотор-Січ» слесарь

Находился на лечении с 09.08.18 .по 23.08.18 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявленный. Ожирение II ст. (ИМТ35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия.. Врожденный порок, Двустворчатый аортальный клапан, дефект межпредсердной перегородки, перикардиальный выпот. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. аневризма восходящей аорты, СН IIA

фк II риск 4. Подагра, хроническое течение, активность II Rо I НФС II.

Жалобы при поступлении на сухость кожи, зябкость, сонливость, раздражительность, огрубение голоса, склонность к запорам, отеки лица, туловища, Повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: ухудшение состояния в теч. года, когда появились вышеперечисленные жалобы,. К эндокринологу не обращался. Выявлен при обследовании у ревматолога ЗОКБ по поводу подагры.

ТТГ – 119,0 (0,4-4,0) Мме/мл; Т4 св. –< 3.86 (11.5-22.7) МЕ/мл от 08.08.2018.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора заместительной терапии, лечения хр. осложнений.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 10.08 | 126 | 3,8 | 8,8 | 35 | |  | | 2 | 3 | 72 | 19 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 10.08 | 68,2 | 5,43 | 2,38 | 1,20 | 3,1 | | 3,5 | 5,2 | 122 | 11,9 | 2,8 | 9,2 | | 0,21 | 0,13 |

10.08.18 глюкоза крови 4,0 ммоль/л

10.08.18 Анализ крови на RW- отр

10.08.18 АТ ТПО – 844,0 (0-30) МЕ/мл

10.08.18 К – 4,0;Nа – 145; Са++ - 1,11; С1 - 101 ммоль/л

### 10.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010; лейк – 0-1 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.; соли – мочевая к-та; следы эякулята.

10.08.18 Невропатолог: Данных за очаговую неврологическую патологию нет.

10.08.18 Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие А:V 1:2Сосуды сужены, Вены расширены. Сосуды извиты. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.08.18 ЭКГ:ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл.ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ, Гипертрофия левого желудочка. 13.08.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия.. Врожденный порок, Двустворчатый аортальный клапан, дефект межпредсердной перегородки, перикардиальный выпот. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. аневризма восходящей аорты, СН IIA фк II риск 4.

17.08.18 Кардиохирург: ВПС, функционально-двухстворчатый АК, АН I ст. Аневризма восходящего отдела аорты без признаков расслоения.

14.08.18 ЭХО КС: заключение: склероз стенок аорты и АК. Функционально двухстворчатый АК. Минимальная аортальная регургитация. Аневризма восходящего отдела аорты. Увеличения ЛЖ, ПЖ, и обоих предсердий, систолическая дисфункция ЛЖ. Минимальная регургитация на МК и ТК. В области ОО определяется сброс слева направо до 2,5-3 мм. Незначительный выпот в перикарде (до 100 мл).

17.08.18 КТ сердца и сосудов, заключение: признаки аневризматического расширения восходящей аорты.

09.08.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 3,1 см3; лев. д. V = 2,3 см3.Щит.железане уменьшена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, Эхоструктура мелкозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-L-тироксин, эспа-липон, витаксон, аденурик, диклоберл, нимесил, серрата, хондроревман

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, уменьшились слабость, утомляемость, отечность АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, ревматолога, кардиолога, кардиохирурга по м\жит.
2. L-L-тироксин (эутирокс) 75 мкг утром натощак за 30 мин до еды (пожизненная заместительная терапия
3. Контроль ТТГ через месяц с последующим осмотром эндокринолога (коррекция дозы)
4. Гиполипидемическая терапия: розувастатин10 мг1т вечс контр. липидограммы через 3 мес.
5. Рек.кардиолога: нолипрел-форте 1 р/д, предуктал MR МР по 1 т\*2р/д,
6. Рек. кардиохирурга: наблюдение у кардиолога, триплексам 5/1,25/5 1 р/д, бисопролол 5 мг\*2 р/д, УЗИ сердца в условиях КХЦ через 6 мес.
7. УЗИ щит.железы 1р. в год.
8. Рек. ревматолога: на руках у больного
9. Б/л серия. АДЛ № 177192 с 09.08.18 по 23.08.18 к труду 24.07.18

Леч. врачФещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.