#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 192

##### Ф.И.О: Окопский Иван Иванович

Год рождения: 1961

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 06.02.18 по 19.02.18 в энд. отд.

Диагноз Аутоиммунный тиреоидит ,атрофическая форма, гипотиреоз средней тяжести ст. декомпенсации. ДЭП 1, смешанного генеза, цереброастенический с-м, Хронический подагрический полиартрит – активность II, тофусная форма, Ro Ш НФС II. ХБП Ш, подагрическая нефропатия. Симптоматическая артериальная гипертензия. ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. кардиосклероз СН II А. ф. кл II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, ухудшение зрения, памяти, общую слабость, утомляемость, отеки лица, голеней, повышение АД до 160/90, прибавку веса до 10 кг в течение 10 лет .

Краткий анамнез: Гипотиреозом страдает с 2014 принимает L-тироксин 75 мкг/сут. 02.02.18 ТТГ – 386 (0,4-4,0) проходил стац лечение в энд отд в 2016. Страдает подагрой в течение 20 лет, терапию аллопуринолом не получает со слов больного отмечается зуд кожных покровов, гиперемия. 06.02.18 конс ревматологом диагноз подагра хроническое течение, акт II Ro III НФС II, рекомендовано дообследование. Повышение АД в течение года, гипотезхивную терапію не получает. Госпитализирован в эндодиспансер с целью компенсации гипотиреоза.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.02 | 132 | 4,2 | 5,7 | 23 | 2 | 2 | 58 | 36 | 2 |
| 14.02 | 135 | 4,24 | 8,3 | 44 | 0 | 0 | 64 | 25 | 11 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.02 |  | 9,05 | 3,31 | 0,95 | 6,59 | 8,6 | 9,6 | 219 | 12,1 | 3,0 | 9,1 | 0,43 | 0,3 |
| 13.02 | 45,3 |  |  |  |  |  | 8,6 | 168 |  |  |  |  |  |
| 14.02 | 38,3 |  |  |  |  |  | 8,7 | 186 |  |  |  |  |  |
| 15.02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6,7 | 1,29 | 1,91 |

08.02.18 Амилаза – 73,1

09.02.18 АТ ТПО –327,2 (0-30) МЕ/мл

16.02.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

16.02.18 ТТГ –20,2 (0,3-4,0) Мме/мл

07.02.18 С-реактивный белок – отр

07.02.18 К –5,3 ; Nа – 139 Са++ -1,19 С1 -107 ммоль/л

09.02 К – 4,65 Na – 140 .5

08.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-180 мкмоль/л; креатинин мочи- 8250 мкмоль/л; КФ- 30,75мл/мин; КР-97,3 %

### 07.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-1 в п/зр белок – 0,182 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

08.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр -500 белок – отр

08.02.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,285

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.02 | 4,6 |  |  |  |  |
| 08.02 | 4,9 |  |  |  |  |
| 0902 | 4,9 |  |  |  |  |
| 11.02 | 4,2 |  |  |  |  |
| 12.02 | 4,3 |  |  |  |  |

07.02.18 Невропатолог: ДЭП 1, смешанного генеза, цереброастенический с-м,

07.02.18 Окулист: факосклероз. На гл дне сосуды сужены, извиты, выраженный ангиосклероз, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст.. ед. микроаневризмы Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

06.02.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ЛНПГ.

14.02.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Замедление АВ проводимости. АВ блокада 1 ст ?

14.02.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. кардиосклероз СН II А. ф. кл II ст. САГ 2 ст.

15.02.18 Нефролог: Подагра, хроническое течение, ХБП Ш, подагрическая нефропатия, артериальная гипертензия.

15.02.18 УЗИ: Эхопризнаки кист обеих почек, выраженных диффузных изменений паренхимы почек, МКБ, мелких конкрементов в обеих почках

06.02.18 Ревматолог: Подагра, хроническое течение, акт II Ro III НФС II ХБП №, ГБ II.

13.02.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

15.02.18Осмотр доц. кафедры терапии Медведчук ГЛ (ревматолог) Хронический подагрический полиартрит – активность II, тофусная форма, Ro Ш НФС II. ХБП Ш, подагрическая нефропатия.

06.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =1,0 см3; лев. д. V =1,2 см3

Щит. железа меньше нормы. Контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная – прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, пирацетам, диклофенак, омепразол, предуктал MR, клопидогрель, ксефокам, аденурик, реструкта, компресы с раствором димексида 1к4 на область пораженных суставов.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась общая слабость ,утомляемость, сохраняется болезненность , нарушение функции суставов стоп, кистей, локтевых и коленных. АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 80 уд/мин, Т тела 36,3.

Рекомендовано:

1. Повторная конс ревматолога ЗОКБ.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, ревматолога, нефролога по м\жит.
3. L-тироксин (эутирокс) 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контроль ТТГ в динамике через 1 мес. с последующим осмотром эндокринолога, коррекции дозы при показаниях. С пациентом проведена беседа о необходимости регулярного приема L-тироксина.
4. Рек ревматолога: соблюдение диеты, обильное щелочное питье, ксефокам 8 мг в/м до купирования воспаления, желательно не длительно ( принимает с 15.02.18) аденурик, 80 мг утром реструкта в/м № 10 ( принимает с 15.02.18) компресс с раствором димексида ( 1к4) контроль мочевой кислоты.
5. Рек нефролога: диета с ограничением соли, пуринов. Адекватная противогипертензивная терапия, прием канефрона 2т 3р\д 1 мес, лечение назначенное ревматологом
6. Рек Невропатолога: препараты а-липроевой кислоты 600 мг в/в кап, прамистал 1к 3р/д 1 мес.
7. Контроль УЗИ щит железы 1р\год. ТТГ 1р в 3-6 мес после компенсации гипотиреоза.
8. Контроль креатинина, мочевины, СКФ, в динамике.
9. Эссенциале 2т 3р/д 1 мес контроль АСТ, АЛТ в динамике. конс гастроэнтеролога по м/ж.
10. Контроль ОАК в динамике.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.