#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 660

##### Ф.И.О: Бабенко Людмила Николаевна

Год рождения: 1984

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Устиновка, ул. Садовая 9

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.05.13 по 21.05.13 в энд. отд.

Диагноз: Аутоимунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести впервые выявленный. Дисметаболическая энцефалопатия цереброастенический с-м на фоне эндокринной патологии. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Железодефицитная анемия средней степени. НМЦ на фоне гипотиреоза. Бактериальный вагиноз(клинически). Идиопатическа тотальная алопеция.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружения, боли в спине, слабость, утомляемость, сухость кожных покровов, склонность к запорам сонливость, тотальную алопецию.

Краткий анамнез: Выше изложенные жалобы появились с августа 2011 на фоне III триместра беременности, когда появились явления алопеции, обратилась к дерматологу, назначена терапия. В июне 2012 – в сроке 6 нед, произошел выкидыш (наблюдалась гинекологом). Последующие ухудшении с 18.04.13 когда была госпитализирована в т/о по м/ж по поводу анемии. Осмотрена эндокринологом, дообследована. ТТГ-152,8; Т4Св-4,41; АИ-ТПО526,4. Заместительная терапию не принимает. Госпитализирована для подбора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

10.05.13Общ. ан. крови Нв –104 г/л эритр –3,3 лейк –5,6 СОЭ –3 мм/час

э-3 % п-0 % с-58 % л- 30 % м-9 %

10.05.13Биохимия: СКФ –89 мл./мин., хол 5,46– тригл -1,51 ХСЛПВП -1,45 ХСЛПНП -3,32 Катер -2,8 мочевина – 4,6 креатинин – 85 бил общ –12,8 бил пр –3,0 тим –1,8 АСТ – 0,10 АЛТ –0,26 ммоль/л;

10.05.13 К – 4,2 ; Nа –135, Са 2,0 ммоль/л

### 10.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 5-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. - ед в п/зр

14.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

10.05.13 глюкоза крови 4,5 ммоль/л

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия цереброастенический с-м на фоне эндокринной патологии.

Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии умеренно сужены. Вены умеренно расширены. Задний полюс не изменен.

08.05.13ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Нарушение АВ проводиости

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1

Гематолог: Железодефицитная анемия, средней степени

Гинеколог: НМЦ на фоне гипотиреоза. Бактериальный вагиноз(клинически). Идиопатическа тотальная алопеция.

08.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2 см3; лев. д. V =2,9 см3

Щит. железа меньше норы, контуры фестончатые. Капсула уплотнена утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы, диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин 50 кг, гинотардиферон, эутирокс.

Состояние больного при выписке: Гипотериоз субкомпенсирован, уменьшились слабость, сонливость. АД 115/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Эутирокс (L-тироксин) 75 мкг утром натощак за 30 мин до еды, контроль ТТГ ч/з 1 мес с последующей коррекцией дозы заместительной терапии.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 2 мес., Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рек. невропатолога: витамини группы В билобал форте 1т 2р/сут до 3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год.
6. Рек. гинеколог: ответы мазков, гормональное дообследование после компенсации гипотериоза, консультация дерматолога.
7. Рек. гематолога: гинотардиферон 1 т\*2р/д 1 мес затем 1 т в день 3 мес; затем 1 т -10 дней после каждой менструации. Дан совет по питанию контроль с анализом крови ч/з 2 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.