|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни №

##### Ф.И.О: Лыхо Инна Ивановна

Год рождения: 1970

Место жительства: Б-Белозерский р-н с. Б-белозерка ул. Центральная 300

Место работы: н/р инв IIIгр

Находился на лечении с 21.02.13 по 5.03.13 в

Диагноз: Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН IIА ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Дисциркуляторная, дисметаболическая энцефалопатия II,преимущественно в ВБС, венозно-ликворная дисфункция, вегитативная дисфункция с наличием атаксии. Тревожный с-м. Неврастения, гипостатическая форма. Вторичный ангиотрофоневроз н/к с нарушением кровообращения I-IIст. Лейкопения вторичного генеза (связана с основным заболеванием – поражением щитовидной железы). Лейомиома матки, узловатая форма, симптомная по кровотечению. Бак. вагиноз. Хр. панкреатит с нарушение внешнесекреторной и внутрисекреторной дисфункции поджелудочной железы. Хр. гепатоз.

Жалобы при поступлении на постоянные головные боли, боли в сердце, головокружение, повышение АД макс. до160/100 мм рт. ст , увеличение веса на 10 кг за год, отеки лица, голеней, сухость кожи, раздражительность, склонность к запорам, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: гипотиреоз выявлен в 1995г. постоянно принимает L-тироксин150мкг ежедневно. Неоднократно стац. лечение в ОКЭД, последнее лечение в 2012г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50. ТТГ 10,1(0,3-4,0) от 17.02.12 АТ ТПО 1219,0 (0-30) МЕ/мл от 10.03.2011 Госпитализирована для коррекции заместительной терапии, лечения осложнений.

Данные лабораторных исследований.

22.02.13Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр –4,4 лейк – 2,0 СОЭ – 18 мм/час

э- 1% п-1 % с- 58% л- 27 % м-13 %

28.02.13Общ. ан. крови Нв –149 г/л эритр –4,7 лейк –3,0 СОЭ – 29мм/час

э-0 % п-0 % с- 61% л- 31 % м- 8%

03.03.13Общ. ан. крови Нв –132 г/л эритр –4,1 лейк –2,6 тромб - 150 СОЭ – 17мм/час

э-3 % п-5 % с- 62% л- 28 % м- 4%

22.02.13Биохимия: хол –5,36 тригл мочевина – 5,4креатинин – 78,8 бил общ – 12,7бил пр – 4,1 тим – 7,8 АСТ – 0,48 АЛТ – 0,59 ммоль/л;

22.02.13 кальций - 1,61 моль/л

01.03.13 ТТГ – 6,9 (0,3-4,0) Мме/л

22.02.13 глюкоза крови – 4,3ммоль/л

### 22.02.13Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. -

Невропатолог: Дисциркуляторная, дисметаболическая энцефалопатия II,преимущественно в ВБС, венозно-ликворная дисфункция, вегитативная дисфункция с наличием атаксии. Тревожный с-м

Окулист: VIS OD=0,9 OS=0,9 ; ВГД OD=22 OS=21

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие.. Артерии сужены, начальные склеротические изменения.. Салюс I. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.02.13ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый,. Эл. ось отклонена влево. Позиция неопределенная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН IIА ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

Ангиохирург: Вторичный ангиотрофоневроз н/к с нарушением кровообращения I-IIст.

Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит с нарушение внешнесекреторной и внутрисекреторной дисфункции поджелудочной железы. Хр. гепатоз.

Гинеколог: Лейомиома матки, узловатая форма, симптомная по кровотечению. Бак. вагиноз.

Гематолог: Лейкопения вторичного генеза( связана с основным заболеванием – поражением щитовидной железы).

Психиатр: Неврастения, гипостатическая форма.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки выраженного спазма ПББА с двух сторон, как результат дегенеративно – дистрофических изменений в поясничном отделе позвоночника.

26.02.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; с увеличением её размера, без признаков портальной гипертензии, перегиба ж/пузыря в в/3 тела застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; многоузлового лейомиоматоза матк, кист в шейке матки, спаек между маткой и правым яичником с девиацией дна матки вправо.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,8см3; лев. д. V = 13,0см3

По сравнению с УЗИ т 03.11г размеры железы практически прежние. Контуры бугристые. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Предуктал MR, L-тироксин, магне Б6, ноотропил, тиогама турбо, тивортин, тиотриазолин, глюконат кальция.

Состояние больного при выписке: гипотиреоз субкомпенсирован, уменьшилась слабость, утомляемость. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. L-тироксин 150мкг утром на тощак за 30 мин. до еды (постоянно).
3. Контроль ТТГ через 2 месяца с послед. коррекцией дозы заместительной терапии.
4. Препараты кальция курсами, контроль кальция крови в динамике.
5. Рек. кардиолога: лозап50-100мг\*1р/д милдронат 500мг \* 2р/д (утро,обед).
6. Рек. невропатолога: армадин 4мл на 16 мл физ. раствора в/в№10 триттико 1/3т(50мг) начальная доза вечером, увеличиват дозу каждые 3-5 дней на 1/3т до поддерживающей. Гидазепам 0,05 1/2т\*2сутки 2 недели.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год.ТТГ в динамике.
8. Рек. гастроэнтеролога: дообследование по м/ж рН метрия, ФГДС с уреазным тестом, ирригоскопия. Повторный осмотр.
9. Рек. гематолога: дан совет по питанию и режиму.
10. Рек. ангиохирурга: энелбин 1т/2р\*день 1 месяц, нейровитан 1т / 2р\*д 1 месяц. Келтикан 1т/3р\*д 1 месяц
11. Рек. гениколога св. гравалин 10 дней, гинолакт 1св\*1/д 6 дней

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Начмед Костина Т.К.