|  |  |
| --- | --- |
| **НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ СЕВЕРА**  **Федеральное государственное бюджетное научное учреждение**  **«Федеральный исследовательский центр**  **«Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»»** |  |

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.**

**Ф.И.О** пациентки: М.Н.А. 53г.

**Осн.:** Первичный манифестный гипотиреоз средней степени тяжести на фоне аутоиммунного тиреоидита, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный зоб 2ст ВОЗ. Ожирение 2 ст ВОЗ ( ИМТ 37,5кг/м2) **Соп.:** Неалкогольная жировая болезнь печени, ассоциированная с метаболическим синдромом. Нормохромная анемия легкой степени тяжести. Дефицит витамина Д( 18 н/г мл).

Руководитель практики НИИ МПС: *(подпись)*

Оценка за истории болезни:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выполнила: клинический ординатор НИИ МПС

2 год обучения 31.08.49 ТЕРАПИИ:

Дата начала курации:

Дата окончания курации:

Красноярск 2023г.

*ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ*

1. Фамилия, имя, отчество: М.Н.А.

2. Дата рождения: 12.01.1970г . Возраст: 53г.

3. Образование: Высшие.

4. Место работы: учитель.

5. Адрес постоянного места жительства: Красноярский Край, пос Подгорный, ул Юбилейная 9-2.

5.Дата поступления в клинику:14.02.2023г

6. Направлена: участковым терапевтом.

7. **Диагноз при направлении**: впервые выявленный гипотиреоз.

8. **Диагноз Клинический:**

**Осн.:** Первичный манифестный гипотиреоз средней степени на фоне аутоиммунного тиреоидита. Диффузный зоб 2ст по ВОЗ. Ожирение 2 ст ВОЗ ( ИМТ 37,5кг/м2)

**9. Диагноз заключительный**:

**Осн.:** Первичный манифестный гипотиреоз средней степени тяжести на фоне аутоиммунного тиреоидита, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный зоб 2ст ВОЗ. Ожирение 2 ст ВОЗ (ИМТ 37,5кг/м2)

**Соп.:** Неалкогольная жировая болезнь печени. Нормохромная анемия легкой степени тяжести. Дефицит витамина Д (18 н/г мл).

**Жалобы:** на общую слабость, мышечную слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, одышку при ходьбе в умеренном темпе, чувство сдавления в области шеи, затруднение при глотании, затруднение носового дыхания., осиплость голоса, прибавку в весе ( 15 кг), отеки рук и ног, лица.

**Anamnesis morbi:.** Отмечает ухудшение состояние в течении 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, сонливость, ухудшение памяти за медицинской помощью не обращалась. В декабре 2023г перенесла коронавирусную инфекцию средней степени тяжести. В январе 2023 обратилась к терапевту, выставлен диагноз: Постковидный синдром, назначено лечение (ноопепт, комплекс поливитаминов), на фоне приема препаратов состояние с ухудшением, отмечает усиление имеющихся ранее симптомов, также присоединилась заторможенность, сонливость, мышечная слабость, появление одышки при ходьбе в умеренном темпе, затруднение носового дыхания: осиплость голоса, чувство сдавления в области шеи, затруднение при глотании, прибавку в весе, отеки рук и ног. К эндокринологу не направлялась. По назначению терапевта в частном порядке сдала 10.02.2023г: ТТГ **(**Инвитро -ТТГ 39,4, АТ к ТПО — 544,0 МЕ/мл , Витамин Д 18,1 нг/мл. ). Выдано направление на госпитализацию с диагнозом: впервые выявленный гипотиреоз. Госпитализирована в отделение терапии для дообследования и подбора терапии.

**Anamnesis vitae:**

В росте и развитии от сверстников не отставала. После школы получила высшие педагогическое образование. Проживает в Красноярском крае.

Работает в школе учителем химии. Из неблагоприятных факторов отмечает частые стрессы. Материально-бытовые условия характеризует как хорошие. Характер питания достаточный. В настоящее время проживает в благоустроенной квартире одна.

**Гинекологический анамнез:** начало менструации с 15 лет, цикл установился сразу, регулярные безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, 1 роды, аборты отрицает. Менопауза с 45 лет.

**Перенесенные заболевание**: в детском возрасте ветреная оспа, сезонные ОРВИ.

**Хронические заболевания**:Сахарный диабет, туберкулез, онкологические заболевания, ВИЧ, гепатит, сифилис, БА, ОНМК, ОИМ- отрицает.

**Операции:** аппендэктомия в детстве.

**Гемотрансфузии**: отрицает.

**Наследственность:** при изучении семейного и личного анамнеза данные за врожденные нарушения системы гемостаза не получены.

**Вредные привычки:** Курение, алкоголизм, прием наркотических и психотропных веществ отрицает.

**Эпидемиологический анамнез:** Контактов с инфекционными больными не было, укусам насекомых, грызунов не подвергалась, за пределы РФ в течении 14 дней не выезжала, в контакте с инфекционными больными не была. **Аллергические реакции** на лекарственные препараты, бытовую химию, животных, пыльцу растений отрицает.

**Анамнез ВТЭ:** БЛ нужен.

**Status praesens:**

На момент осмотра общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, при общении отмечается умеренный когнитивный дефицит, речь замедленна. Положение активное. Выражение лица обычное. Шея обычной формы, не деформирована, отечна. Нарушение осанки и походки не отмечается.

**Телосложение:** гиперстеническое. Рост 160 Вес 96 кг. ИМТ= 37,5 кг/м2.

**Кожные покровы:** кожа толстая, грубая, холодная на ощупь, сухая, шелушащаяся, бледная с желтоватым оттенком, мимика скудная. Ногти ломкие, исчерченные, тусклые, одутловатое лицо, общая и периорбитальная отечность, скудная мимика. Развитие подкожно-жирового слоя чрезмерное. Места наибольшего отложения жира (на животе, бедрах).

Отеки рук и ног, при надавливании -не отмечается углубление. Температура тела 36.2С.

**Видимые слизистые:** бледно-розового цвета. Конъюнктива бледная. Склеры нее изменены.

**При осмотре зева**: слизистая физиологической окраски, задняя стенка глотки розового цвета, миндалины за небными дужками, налет отсутствует.

**Лимфатические узлы:** Лимфатические узлы ( подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, кубитальные, паховые) не визуализируются, при пальпации не выявлены, безболезненны. Кожа над над лимфатическими узлами не изменена, не гиперемирована; свищей, рубцов, язв не наблюдается.

**Мышечная система:** Степень развития мускулатуры умеренная, атрофии, контрактур мышц не наблюдается. Тонус умеренный. При пальпации мышцы безболезненны.

**Костная система:** Деформации костей, болезненности при пальпации, поколачивании не выявлено. Акромегалии, «барабанных» пальцев нет.

**Суставы:** Конфигурация суставов не изменена. Кожные покровы в области суставов не гиперемированы, нормальной температуры. Болезненности, хруста, флюктуации не наблюдается. Движения в суставах активные в полном объеме.

**Нервная систем:** Вкус, обоняние не нарушены. Глазные яблоки подвижны, косоглазия, нистагма не наблюдается. Зрачки не расширены, одинакового размера, реакция зрачков на свет сохранена, содружественная, прямая. В позе Ромберга устойчива, координационные пробы выполняет в замедленном темпе. Тремора рук нет.

**Дыхательная система.** Носовое дыхание затруднено, отделяемого из носа нет. Голос не изменен. Тип дыхания – смешанный. Дыхание ритмичное, ЧДД: 17 дых. движ./мин. Форма грудной клетки нормальная, нормостеническая, симметричная с обеих сторон. При пальпации грудной клетки болезненности нет. Эластичность умеренная. Голосовое дрожание не изменено, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии легких над всеми легочными полями определяется ясный легочный перкуторный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек спереди | 4 см выше ключицы | 4 см выше ключицы |
| Высота стояния верхушек сзади | Остистый отросток VII ш.п. | Остистый отросток VII ш.п. |
| Ширина полей Кренинга | 6см | 6см |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| L. parasternalis | 5-ое межреберье |  |
| L. mediaclavicularis | 6-ое ребро |  |
| L. axillaris ant. | 7-ое ребро | 7-ое ребро |
| L. axillaris med. | 8-ое ребро | 8-ое ребро |
| L.axillaris post. | 9-ое ребро | 9-ое ребро |
| L. scapularis | 10-ое ребро | 10-ое ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11-ого грудного позвонка | Остистый отросток 11-ого грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | | | Слева | | |
|  | вдох | выдох | сумма | вдох | выдох | сумма |
| L. mediaclavicularis | 1,5 | 1,5 | 3 |  |  |  |
| L. axillaris med. | 2,5 | 2,5 | 5 | 2 | 2 | 4 |
| L. scapularis | 1,5 | 1,5 | 3 | 1 | 1 | 2 |

При аускультации легких: дыхание везикулярное над всеми легочными полями, хрипов нет. SPO2 97%.

**Органы кровообращения.** При осмотре шеи и грудной клетки патологические изменения не выявлены. Сердечный горб отсутствует. Эпигастральная пульсация, верхушечный толчок не визуализируются. Симптом Мюссе отрицательный. Видимой пульсации артерий (сонных, в яремной ямке, нижних конечностей), набухания шейных вен нет.

При пальпации:Сердечный толчок пульсация не пальпируется. Верхушечный толчок положительный, умеренной силы и высоты, пальпируется в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Систолическое, диастолическое дрожание при пальпации не выявлено.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная сердечная тупость | Абсолютная сердечная тупость |
| Правая | 4-ое межреберье у правого края грудины | 4-ое межреберье у левого края грудины |
| Левая | 5-ое межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии (совпадает с верхушечным толчком) | 5-ое межреберье на 1 см кнутри от границы ОСТ |
| Верхняя | Уровень 3-его ребро около левого края грудины | Уровень 4-ого ребра около левого края грудины. |

Поперечник сердца – 11 см:

Правая граница ОСТ-средняя линия тела = 3 см.

Левая граница ОСТ-средняя линия тела = 8 см.

Ширина сосудистого пучка 6 см.

При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные, ЧСС 50 ударов в минуту. Патологические шумы не выслушиваются.Артериальный пульс на лучевых артериях обеих рук 50 ударов в минуту, одинаковый: ритм правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При осмотре и пальпации сонных, височных, лучевых, надколенных артерий и артерий тыла стопы видимых изменений не наблюдается. АД 90/60 мм.рт.ст. на правой руке, 90/60 мм.рт.ст. на левой руке.

**Органы пищеварения:** Язык утолщен, со следами от зубов на боковых поверхностях, обложен белым налетом у корня. Живот обычной конфигурации, симметричный, не вздут, увеличен за счет ПЖК. Участвует в акте дыхания.

При поверхностной пальпации напряженность брюшной стенки, болезненность, расхождение прямых мышц живота, грыжевых выпячивании, расширенных подкожных вен не определяется. Симптом Щеткина- Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, эластичная, без болезненная, подвижная, диаметром 2 см, гладкая, урчит. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, безболезненна, плотной консистенции, подвижная, диаметром 3 см, урчит. Восходящая ободочная кишка, нисходящая ободочная кишка и поперечная ободочная кишка не пальпируются. Большая кривизна желудка пальпируется в левой подреберной области в виде валика, безболезненна.

При перкуссии живота отмечается тимпанический звук, наличие свободной жидкости не выявлено.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы, шума трения брюшины, шума плеска не выявлено.

При пальпации печени: нижний край печени мягкий, ровный, гладкий, легко подворачивающийся, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9\*8\*7см.

Симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом, Курвуазье отрицательные. Желчный пузырь не пальпируется, безболезненный. Селезенка не пальпируется, видимого увеличения нет. Стул- 1 раз в 2-3 дня.

**Органы мочевыделения.**

При осмотре поясничной области, выбухания, гиперемии кожи нет. Почки не пальпируются. Симптом 12-ого ребра отрицательный. Мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание без болезненное, регулярное, 5-6 раз в сутки.

**Эндокринная система.**

Телосложение гиперстеническое, преобладание отложение жира на бедрах и животе. Нарушения роста не наблюдается. Кожные покровы сухие, кожа толстая, холодная на ощупь, бледная с желтоватым оттенком. Лицо одутловато, периорбитальный отек.

Стрии, гиперпегментации не обнаружено. При пальпации щитовидная железа увеличена в размере. Экзофтальм отсутствует. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера. Признаки гирсуитизма, вирилизма отсутствуют, оволосение по женскому типу.

**Предварительный клинический диагноз.**

**Осн.:** Первичный гипотиреоз средней степени на фоне аутоиммунного тиреоидита. Диффузный зоб 2ст по ВОЗ. Ожирение 2 ст ВОЗ ( ИМТ 37,5кг/м2). Синдром сдавления?

**Соп**: Дефицит витамин Д.

**Обоснование диагноза и представление о больном:**

**Диагноз выставлен, учитывая жалобы (**на общую слабость, мышечную слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, одышку при ходьбе в умеренном темпе, чувство сдавления в области шеи, затруднение при глотании, затруднение носового дыхания., осиплость голоса, прибавку в весе ( 15 кг), отеки рук и ног, лица). **Анамнез заболевания** (ухудшение состояние в течении 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, сонливость, ухудшение памяти, в декабре 2023г перенесла коронавирусную инфекцию средней степени тяжести. В январе 2023 обратилась к терапевту, выставлен диагноз: Постковидный синдром, назначено лечение (ноопепт, комплекс поливитаминов), на фоне приема препаратов состояние с ухудшением, отмечает усиление имеющихся ранее симптомов, также присоединилась заторможенность, сонливость, мышечная слабость, появление одышки при ходьбе в умеренном темпе, затруднение носового дыхания: осиплость голоса, чувство сдавления в области шеи, затруднение при глотании, прибавку в весе, отеки рук и ног. **Данные объективного осмотра** ( кожа толстая, грубая, холодная на ощупь, сухая, шелушащаяся, бледная с желтоватым оттенком, ногти ломкие, исчерченные, тусклые, лицо одутловато, общая и периорбитальная отечность, скудная мимика, развитие подкожно-жирового слоя чрезмерное, щитовидная железа увеличена в размере, язык утолщен, со следами от зубов на боковых поверхностях. **Имеющихся лабораторных данных** (ТТГ **(**Инвитро -ТТГ 39,4, АТ к ТПО — 544,0 МЕ/мл , Витамин Д 18,1 нг/мл.).

В картине заболевания можно выделить следующие **синдромы:**

**Гипотиреоидная дерматопатия и синдром эктодермальных нарушений**– кожа толстая, грубая, холодная на ощупь, сухая, шелушащаяся, бледная с желтоватым оттенком. Ногти ломкие, исчерченные, тусклые, одутловатое лицо , общая и периорбитальная отечность, скудная мимика.

**Синдром поражения ЦНС** – вялость, апатия, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, мышечная слабость.

**Синдром поражения пищеварительной системы -** упорные запоры, при осмотре: язык утолщен, со следами от зубов на боковых поверхностях.

**Анемический синдром–** анемия нормохромная, Нb – 105 г/л, эр. 3,6х 1012/л, ц.п. 0,86., МСV-90.

**Синдром гормональных нарушений** – изменение уровня гормонов (при первичном гипотиреозе - ↑ТТГ-61,7 мкМЕ/мл, ↓ св.Т3-2 пмоль/л, св.Т4 -2,9 п/моль/л. АТ к ТПО — 544,0 МЕ/мл

**Синдром сдавления**- чувство сдавления в области шеи, затруднения при глотании, осиплость голоса.

**Дифференциальный диагноз:**

1. **Вторичный гипотериоз.** При вторичном гипотиреозе нарушена функция аденогипофиза или гипоталамуса. **Диагностика вторичного гипотиреоза основана на определении пониженного уровня св. Т4. Уровень ТТГ при вторичном гипотиреозе может быть пониженным или нормальным**. Развитие вторичного гипотиреоза может быть связано с патологией гипофиза вследствие разрушения опухолью, оперативным вмешательством, облучением или нарушением кровообращения, либо с патологией гипоталамогипофизарной области. Вторичный гипотиреоз редко бывает изолированным. Как правило, он сопровождается дефицитом других тропных гормонов гипофиза, в частности АКТГ, ФСГ, пролактина и соответствующими клиническими проявлениями. В ряде случаев вторичный гипотиреоз может сопровождаться клиникой несахарного диабета вследствие недостаточности АДГ.
2. **Сердечная недостаточность**. При сердечной недостаточности отмечается снижение толерантности к физической нагрузке, одышка, которая усиливается в положении лежа, нарастающие отеки преимущественно области голеней и стоп, отеки мягкие, оставляют ямки при надавливании. Кожа стоп и кистей холодная, цианотичная, характерен акроцианоз. Чаще отмечается тахикардия, ФП, есть эффект от приема диуретиков, Б-блокаторов, сердечных гликозидов, Уровень ТТГ , Т3св, Т4 св в крови в норме.
3. **Железодефицитная анемия**. Для ЖДА характерно бледная кожа, не холодная на ощупь, тахикардия, гипохромия, анизоцитоз, СОЭ не изменено, сывороточное железо снижено, ферритин снижен, ОЖСС повышен. При гипотиреозе обычно формируется нормохромная анемия, обусловленная снижением синтеза гемоглобина, и в гемограмме не выявляется отклонений в обмене железа.
4. **Хроническое нарушение мозгового кровообращения**: характеризуется нарушением памяти, внимания, замедленностью мышления, так же могут отмечается головные боли, несистемное головокружение, шум в голове, нарушение речи, походки, слабость в конечностях. На МРТ выявляется- наличие «немых» инфарктов, поражение перивентрикулярной и глубинное белое вещество (лейкоареоз). При гипотиреоидной хронической энцефалопатии нет изменений на МСКТ и МРТ ГМ, правильно подобранная заместительная терапия может почти полностью нивелировать проявления когнитивного дефицита.
5. **Хронический гломерулонефрит**. Для ХГН характерна бледная кожа, головная боль, как правило повышенное АД, мягкие отеки, преимущественно на лице, лицо пастозное преимущественно утром, во второй половине дня пастозность лица выражена меньше. Изменение мочевого осадка ( микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия), при гипотиреозе иногда может отмечаться умеренная протеинурия. Почки уменьшены в размерах. Гормоны ТТГ, Т3св, Т4 св. в норме.

**План обследования.**

1. Лабораторные анализы:

* Общий анализ крови (эритроциты, Hb, СОЭ, лейкоциты, нейтрофилы, эозинофилы, лейкоцитарная формула).
* Б/х анализ крови (глюкоза крови, АЛТ, АСТ, биллирубин и его фракции, липидограмма, натрий , калий, сыв.железо, ферритин, ОЖСС, СРБ, кальций общий, белок и его фракции, мочевина , креатинин).ТТГ, Т4 св, Т3 св.
* Рентгенограмма легких .
* ЭКГ.
* Каулограмма (АЧТВ, ПТИ, ПТВ, МНО, фибриноген).
* Общий анализ мочи.
* Узи ОБП и почек, УЗИ щитовидной железы.
* Рентген пищевода с барием.
* МРТ мягких тканей шеи.
* Консультация невролога.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:**

1. СТОЛ ОВД.
2. Режим палатный .
3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды.
4. Sol. Venoferi 5,0+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 3
5. Sol.Acidi Ascorbinici 5%-4мл+ Sol.NaCl 0,9%250,0 в/в кап чередуя с препаратом железа.

ДНЕВНК КУРАЦИИ

|  |  |
| --- | --- |
| **Дневник 15.02.2023г. Время 9.00**  Жалобы: на общую слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, чувство давления в области шеи, затруднения при глотании, осиплость голоса, прибавку в весе, отеки рук и ног, лица, затруднение носового дыхания.  Объективно: Состояние средней степени тяжести., холодная на ощупь, сухая, бледная с желтоватым оттенком. одутловатое лицо, общая и периорбитальная отечность, скудная мимика.  Температура тела 36,5С.  Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. ЧДД 18/мин, хрипов нет.  Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. АД: 90/60 мм.рт.ст.. ЧСС: 52 уд/мин.  Органы пищеварения: язык утолщен, со следами от зубов на боковых поверхностях. Живот невздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненные по всем отделам. Стул был регулярный.  Органы мочевыделения: Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание регулярное, б/е, отеков нет.  Динамика состояния: Состояние стабильное.  Рентген-графия легких от 15.03.2023г: инфильтрации и очаговых изменений в легких не выявлено.  Рентген-графия пищевода с барием: б/о.  ЭКГ от 15.03.2023г: Ритм синусовый с ЧСС 70 в мин. ЭОС горизонтальная. Нарушение процессов ре поляризации переднеперегородочной ст, на фоне снижения зубца Т V4-V6 отведении.  Лечение согласно листу назначений.  Леч. врач клин. ординатор : | 1. СТОЛ ОВД. 2. Режим палатный э 3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды. 4. Sol. Venoferi 5,0+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 3 5. Sol.Acidi Ascorbinici 5%-4мл+ Sol.NaCl 0,9%250,0 в/в кап чередуя с препаратом железа. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Дневник 16.02.2023г . Время 10.00.**  Жалобы: на общую слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, чувство давления в области шеи, затруднения при глотании, осиплость голоса, прибавку в весе, отеки рук и ног, лица, затруднение носового дыхания.  Объективно: Состояние средней степени тяжести., холодная на ощупь, сухая, бледная с желтоватым оттенком. одутловатое лицо, общая и периорбитальная отечность, скудная мимика.  Температура тела 36,5С.  Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. ЧДД 18/мин, хрипов нет.  Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. АД: 100/60 мм.рт.ст.. ЧСС: 70 уд/мин.  Органы пищеварения: язык утолщен, со следами от зубов на боковых поверхностях. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненные по всем отделам. Стул был регулярный.  Органы мочевыделения: Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание регулярное, б/е, отеков нет.  Динамика состояния: Состояние стабильное.  Узи щитовидной железы от 16.02.2023г: Признаки тиреомегалии, объем 53 см3, диффузно-структурных изменений щитовидной железы.  Осмор невролога: данных за неврологическую патологию нет.  Лечение согласно листу назначений.  Леч.врач клин. ординатор : | 1. СТОЛ ОВД. 2. Режим палатный э 3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды. 4. Sol. Venoferi 5,0+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 3 5. Sol.Acidi Ascorbinici 5%-4мл+ Sol.NaCl 0,9% 200,0 в/в кап чередуя с препаратом железа.   Добавить в лечение   1. Sol. Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5 % – 5 ml+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 5   **Добавить** МРТ мягких тканей шеи записана на 20.02.2023г (исключение синдрома сдавления). |

|  |  |
| --- | --- |
| **Дневник 17.02.2023г . Время 10.00.**  Жалобы: на общую слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, чувство давления в области шеи, затруднения при глотании, осиплость голоса,  Объективно: Состояние средней степени тяжести., холодная на ощупь, сухая, бледная с желтоватым оттенком. одутловатое лицо , общая и периорбитальная отечность, скудная мимика.  Температура тела 36,5С.  Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. ЧДД 18/мин, хрипов нет.  Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. АД: 100/60 мм.рт.ст.. ЧСС: 68 уд/мин.  Органы пищеварения: язык утолщен, со следами от зубов на боковых поверхностях. Живот невздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненные по всем отделам. Стул был регулярный.  Органы мочевыделения: Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание регулярное, б/е, отеков нет.  Динамика состояния: Состояние стабильное. Отмечает уменьшение отечности рук и ног, лица.  УЗИ ОБП и почек от 17.02.2023г**:** Эхо-признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза, диффузных изменений поджелудочной железы. биллиарный сладж. Со стороны почек эхо-патологии не выявлено.  Синдром гормональных нарушений – изменение уровня гормонов (при первичном гипотиреозе - ↑ТТГ-61,7 мкМЕ/мл , ↓ св.Т3-2 пмоль/л, , св.Т4 -2,9 п/моль/л- соответствует первичному манифестному гипотиреозу на фоне АИТ.  Лечение согласно листу назначений.  Леч врач клин. ординатор :  **ВЫХОДНЫЕ ДНИ 18.02.-19.02.2023г** | 1. СТОЛ ОВД. 2. Режим палатный. 3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды. 4. Sol. Venoferi 5,0+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день вечером № 3 5. Sol.Acidi Ascorbinici 5%-4мл+ Sol.NaCl 0,9% 200,0 в/в кап чередуя с препаратом железа. 6. Sol. Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5 % – 5 ml+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 5 |

**Этапный эпикриз.**

**Дата**: 20.02.2023г.

Пациентка МНА 53 года, находиться на стационарном лечении 6 сутки.

**Поступила с жалобами**: на общую слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, чувство давления в области шеи, затруднения при глотании, осиплость голоса.

**Из анамнеза известно, что** ухудшение состояние в течение 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, сонливость, ухудшение памяти за медицинской помощью не обращалась. В последние две недели отмечает усиление имеющихся ранее симптомов, также присоединилась заторможенность, сонливость, мышечная слабость, появление одышки при ходьбе в умеренном темпе, затруднение носового дыхания: осиплость голоса, чувство сдавления в области шеи, затруднение при глотании, прибавку в весе, отеки рук и ног. В частном порядке сдала 10.02.2023г: ТТГ **(**Инвитро -ТТГ 39,4, АТ к ТПО — 544,0 МЕ/мл , Витамин Д 18,1 нг/мл. Госпитализирована в стационар 14.02.2023г для до обследования и подбора терапии.

**Динамика состояния:** За время нахождения в стационаре состояние стабильное с положительной динамикой. Пациентке инициирована терапия левотироксином натрия в дозе 150 мкг, на фоне терапии отмечает улучшение общего самочувствия, сонливость прошла. Уменьшение отечности рук и ног. Улучшение когнитивных функций. Так же отмечает, что ощущения сдавления в грудной клетке уменьшилось, одышки в покое нет, только при ходьбе в среднем темпе.

Пациентка обследована. Выявлен и подтвержден синдром гормональных нарушений- ↑ТТГ-61,7 мкМЕ/мл , ↓ св.Т3-2 пмоль/л, , св.Т4 -2,9 п/моль/л, АТ к ТПО — 544,0 МЕ/мл., щитовидная железа 53 см3, диффузно-структурных изменений нет. Данная картина соответствует первичному манифестному гипотиреозу на фоне АИТ.

Изменения ОАК , соответствует – нормохромной анемии, Нb – 105 г/л, эр. 3,6х 1012/л, ц.п. 0,86., МСV-90, которая характерна для гипотиреоза.

Синдром сдавления исключен:

Рентгенография пищевода с барием: б/о. МРТ мягких тканей шеи 20.02.2023г:МР-признаки диффузно-очаговой гиперплазии щитовидной железы. Ув щ/ж несколько оттесняет ВЯВ и общие сонные артерии кнаружи, без сужения их просвета. Трахея, гортань расположены срединно, просвет их не обнаружен, не деформирован. Явных признаков с давления не выявлено.

По данным Узи признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза, диффузных изменений поджелудочной железы. У пациентки, ИМТ= 37,5 кг/м2, что соответствует ожирению 2 степени по ВОЗ. Алкоголь не употребляет. Лабораторно вит Д 18 н/г, что согласно классификации соответствует – дефициту витамин «Д». В картине болезни можно выделить сопутствующие состояние: Неалкогольная жировая болезнь печени. Дефицит витамина Д( 18 н/г мл).

**Учитывая клинические синдромы, данные анамнеза, осмотра, данных инструментальных и лаб. методов обследования можно выставить заключительный диагноз:**

**Осн.:** Первичный манифестный гипотиреоз средней степени тяжести на фоне аутоиммунного тиреоидита, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный зоб 2ст ВОЗ. Ожирение 2 ст ВОЗ ( ИМТ 37,5кг/м2).

**Соп.:** Неалкогольная жировая болезнь печени. Нормохромная анемия легкой степени тяжести. Дефицит витамина Д( 18 н/г мл).

Лечение продолжить согласно листу назначения.

1. СТОЛ ОВД.
2. Режим палатный
3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды.
4. Sol. Venoferi 5,0+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день вечером № 3
5. Sol.Acidi Ascorbinici 5%-4мл+ Sol.NaCl 0,9% 200,0 в/в кап чередуя с препаратом железа.
6. Sol. Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5 % – 5 ml+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 5.

Планируется оценить в динамике УЗИ ЩЖ, ТТГ, Т4 св, Т3 св.

|  |  |
| --- | --- |
| **Дневник 21.02.2023 . Время 10.00.**  Жалобы: на общую слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, чувство давления в области шеи, затруднения при глотании, на общую слабость, когнитивный дефицит, осиплость голоса, чувство нехватки воздуха.  Объективно: Состояние средней степени тяжести., холодная на ощупь, сухая, бледная с желтоватым оттенком. одутловатое лиц, общая и периорбитальная отечность, скудная мимика.  Температура тела 36,5С.  Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. ЧДД 18/мин, хрипов нет.  Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. АД: 110/70 мм.рт.ст.. ЧСС: 65 уд/мин.  Органы пищеварения: язык утолщен, со следами от зубов на боковых поверхностях. Живот невздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненные по всем отделам. Стул был регулярный.  Органы мочевыделения: Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание регулярное, б/е, отеков нет.  Динамика состояния: Состояние стабильное. Отмечает уменьшение общего самочувствия, отсутствие отдышки и кома в горле, отмечает улучшение когнитивных функций.  Лечение продолжить согласно листу назначения.  Леч.врач клин. ординатор : | 1. СТОЛ ОВД. 2. Режим палатный . 3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды. 4. Sol. Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5 % – 5 ml+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 5.   Отменить :  Sol. Venoferi 5,0+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день вечером № 3  Sol.Acidi Ascorbinici 5%-4мл+ Sol.NaCl 0,9% 200,0 в/в кап чередуя с препаратом железа. |
| **Дневник 22.02.2023 . Время 10.00.**  Жалобы: на общую слабость, когнитивный дефицит, осиплость голоса, чувство нехватки воздуха.  Объективно: Состояние средней степени тяжести., холодная на ощупь, сухая, бледная с желтоватым оттенком. одутловатое лицо, общая и периорбитальная отечность, скудная мимика.  Температура тела 36,5С.  Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. ЧДД 18/мин, хрипов нет.  Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. АД: 110/70 мм.рт.ст.. ЧСС: 65 уд/мин.  Органы пищеварения: язык со следами от зубов на боковых поверхностях. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненные по всем отделам. Стул был регулярный.  Органы мочевыделения: Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание регулярное, б/е, отеков нет.  Динамика состояния: Состояние стабильное. Отмечает уменьшение общего самочувствия, отсутствие отдышки и кома в горле, отмечает улучшение когнитивных функций.  Лечение продолжить согласно листу назначения.  Леч.врач клин. ординатор :  **Дневник 23.02.2023 . Праздничный день.**  **Дневник 24.02.2023 . Время 10.00.**  Жалобы: осиплость голоса, периодическое чувство нехватки воздуха.  Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, сухие, обычной окраски. Температура тела 36,5С.Пациентка при осмотре зевает.  Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. ЧДД 18/мин, хрипов нет.  Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. АД: 110/70 мм.рт.ст.. ЧСС: 75уд/мин.  Органы пищеварения: язык чистый, влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненные по всем отделам. Стул был регулярный.  Органы мочевыделения: Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание регулярное, б/е, отеков нет.  Динамика состояния: Состояние стабильное с положительной динамикой, отмечает уменьшение отеков лица, рук и ног, восстановление памяти, улучшение настроения, дышать стало легче, чувство сдавленности в шеи и ощущение кома прошло,  **Узи щитовидной железы о 24.02.2023г:** Эхо признаки тиреомегалии, объем 35 см3, диффузно-структурные изменения щитовидной железы  Лечение продолжить согласно листу назначения. Планируется выписка на 27.02.2023г.  Леч.врач клин. ординатор :  **Совместный осмотр с ИО зав отделения и леч. врача**  27.02.2023г.  Жалобы: активно не предъявляет.  Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, сухие, обычной окраски. Температура тела 36,5С.  Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. ЧДД 18/мин, хрипов нет.  Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. АД: 110/70 мм.рт.ст.. ЧСС: 77уд/мин.  Органы пищеварения: язык чистый, влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненные по всем отделам. Стул был регулярный.  Органы мочевыделения: Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание регулярное, б/е, отеков нет.  Динамика состояния: За время нахождения в стационаре по поводу основного заболевания состояние улучшилось. Состояние стабильное с положительной динамикой, отмечает уменьшение отеков лица, рук и ног, улучшение когнитивных функций, улучшение настроения, облегчение дыхания, чувство сдавленности в шеи и ощущение кома прошло, щитовидная железа уменьшилась в объеме до 35,5см3( 53 см3),синдром с давления исключен.  **ТТГ от 27.02.2023г :** 25,1 мкМЕ/мл , Т4 св.-14 пмоль/л, Т3 св- 3,4 п/моль/л.  Коррекция дозы левотироксина.  Выписывается на амбулаторное лечение и наблюдение эндокринолога.  Леч.врач клин. ординатор : | 1. СТОЛ ОВД. 2. Режим палатный . 3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды. 4. Sol. Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5 % – 5 ml+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 5.   Добавить:  24.02.2023г ОАК, ТТГ, Т4св, Т3 св.   1. СТОЛ ОВД. 2. Режим палатный . 3. Tabl. Levothyroxini sodii 150 мкг. Принимать в одно и тоже время ,строго натощак с интервалом не менее 3 -4 часа до еды. 4. Sol. Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5 % – 5 ml+ Sol.NaCl 0,9% 100,0 в/в кап через день.№ 5.   **Отмена всех назначений.** |

**Выписной эпикриз**

**Ф.И.О. пациента: М.Н.А.**

**Дата рождения:23.04.1969г.**

**Дата поступления: 14.02.2022г.**

**Дата выписки:27.02.2022г.**

**Осн.:** Первичный манифестный гипотиреоз средней степени тяжести на фоне аутоиммунного тиреоидита, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный зоб 2ст ВОЗ. Ожирение 2 ст ВОЗ ( ИМТ 37,5кг/м2).

**Соп.:** Неалкогольная жировая болезнь печени, ассоциированная с метаболическим синдромом (ожирение). Нормохромная анемия легкой степени тяжести. Дефицит витамина Д( 18 н/г мл).

**ЖАЛОБЫ:**  на общую слабость, мышечную слабость, утомляемость, одышку, ухудшение памяти, заторможенность, сонливость, одышку при ходьбе в умеренном темпе, чувство сдавления в области шеи, затруднение при глотании, затруднение носового дыхания., осиплость голоса, прибавку в весе ( 15 кг), отеки рук и ног, лица,

**ANAMNESIS MORBI.** Отмечает ухудшение состояние в течении 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, сонливость, ухудшение памяти за медицинской помощью не обращалась. В декабре 2023г перенесла коронавирусную инфекцию средней степени тяжести. В январе 2023 обратилась к терапевту, выставлен диагноз: Постковидный синдром, назначено лечение (ноопепт, комплекс поливитаминов), на фоне приема препаратов состояние с ухудшением, отмечает усиление имеющихся ранее симптомов, также присоединилась заторможенность, сонливость, мышечная слабость, появление одышки при ходьбе в умеренном темпе, затруднение носового дыхания: осиплость голоса, чувство сдавления в области шеи, затруднение при глотании, прибавку в весе, отеки рук и ног. К эндокринологу не направлялась. По назначению терапевта в частном порядке сдала 10.02.2023г: ТТГ **(**Инвитро -ТТГ 39,4, АТ к ТПО — 544,0 МЕ/мл , Витамин Д 18,1 нг/мл. ). Выдано направление на госпитализацию с диагнозом: впервые выявленный гипотиреоз. Госпитализирована в отделение терапии для дообследования и подбора терапии.

**Лабораторные исследования:**

**ОАК от 15.02.2023г** Эр-3,6\*10 12/л, Нв-105г/л, цв- 0,86, MCV-90; MCH-32,5, MCHC-36 тромбоциты-248\*10 9/л, Л-6,0\*10 9/л, нейтроф.( отн)- 56,3%, лимф отн- 26%, Моноциты ( отн) 15,3%, Эозин( отн) 1,8%. Нейтроф ( абс) 2-10\*9/л, лимф( абс) 3-10\*9/л, моноциты ( абс) 0,6-10\*9/л, СОЭ-31мм/ч

**ОАК от 24.02.2023г** Эр-4,2\*10 12/л, Нв-127г/л, MCV-90; MCH-30,4; MCHC-338; тромбоциты 268\*10 9/л, Л-8,8\*10 9/л, нейтроф.( отн)- 61%, лимф отн- 24%, Моноциты ( отн) 12%, Эозинофилы( отн) 1,3%. СОЭ-22мм/ч.

**Биохимические показатели крови от 15.02.2023г.** Общий белок: 70г/л, билирубин общ.-9 мкмоль/л, креатинин 75мкмоль/л, АСТ-17Ед/л, АЛТ- 20 Ед/л, холестерин 5,7 мммоль/л, калий 4,86ммоль/л,калий 4,8 ммоль/л, Ферритин 26мкн/л, железо 9.4 мкмоль/л, коэффицент НТЖ 13%, ОЖСС 72 мкмоль/л.

**ОАМ от 15.02.2023г** :цвет светло-жёлтая, реакция 5,0 ед, прозрачно, удельный вес 1,015г/л, белок не обнар, глюкоза 0 г/л, лейкоциты 0в поле зрения, эритроциты 0 мг/л.

**Коагулограмма от 15.02.2023г:** ПТИ-99,0%, ПТВ-11,4с, МНО-1.04, фибриноген 3,8г/л.

**АТ к ТПО — 544,0 МЕ/мл , Витамин Д 18,1 нг/мл.**

**ТТГ от 15.02.2023г :** 61,7 мкМЕ/мл , Т4 св.-2 пмоль/л, Т3 св- 2,9 п/моль/л.

**ТТГ от 27.02.2023г :** 25,1 мкМЕ/мл , Т4 св.-14 пмоль/л, Т3 св- 3,4 п/моль/л.

**Результат обследований:**

**Рентген-графия, томосинтез легких от 15.02.2023г** инфильтрации и очаговых изменений в легких не выявлено.

**Узи щитовидной железы от 17.02.2023г:** Признаки тиреомегалии, объем 53 см3, диффузно-структурных изменений щитовидной железы.

**ЭКГ от 15.02.2023г:** Ритм синусовый с ЧСС 70 в мин. ЭОС горизонтальная. Нарушение процессов ре поляризации переднеперегородочной ст, на фоне снижения зубца Т V4-V6 отведении.

**Выполнено МРТ мягких тканей шеи 20.02.2023г:**МР-признаки диффузно-очаговой гиперплазии щитовидной железы. Ув щ/ж несколько оттесняет ВЯВ и общие сонные артерии к наруже, без сужения их просвета. Трахея, гортань расположены срединно, просвет их не обнаружен, не деформирован. Явных признаков с давления не выявлено.

**Узи щитовидной железы о 27.02.2023г:** Эхо признаки тиреомегалии, объем 35 см3, диффузно-структурные изменения щитовидной железы.

**УЗИ ОБП и почек от 17.02.2023г:** Эхо-признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза, диффузных изменений поджелудочной железы. биллиарный сладж.Со стороны почек эхо-патологии не выявлено.

**Проведено лечение:**

В отделение проводилась коррекция метаболических нарушений, восполнение дефицита железа, вит Д, нейропротективная, заместительная гормональная терапия.

**На фоне проводимой терапии :** За время нахождения в стационаре по поводу основного заболевания состояние улучшилось. Состояние стабильное с положительной динамикой, отмечает уменьшение отеков лица, рук и ног, улучшение когнитивных функций, улучшение настроения, облегчение дыхания, чувство давления в области в шеи и ощущение кома регрессировало, щитовидная железа уменьшилась в объеме 35,5см3 (53 см3), синдром с давления исключен. Выписывается на амбулаторное лечение и наблюдение эндокринолога.

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1.Наблюдение участкового терапевта и эндокринолога.

2.Контроль ОАК, через 3 недели, при сохранении повышения цифр СОЭ-амбулаторно до обследование, исключение онкопатологии и воспаления другой локализации.

3.Продолжить прием Табл. Л- тироксин 100 мкг 1 раз в день. Принимать в одно и тоже время, строго натощак за 30 мин до еды. Контроль ТТГ через 3-4 недели, при отклонении от целевых ( ~ 1,0-4,0) консультация эндокринолога. Затем контроль 1 раз в 6 месяцев с целью.

**Важно!!!** При заборе крови на исследование Т4св- утром перед исследованием препарат Левотироксин не принимать.

Прием препаратов куда входит кальция карбонат, железа сульфат, алюминия гидрооксид, рекомендуется соблюдать интервал около 4 часов от приема Левотироксина.

4.УЗИ щитовидной железы через 3 месяца, затем 1 раз в год. Рентгеноскопия пищевода при компрессионном синдроме. ЭКГ 1 раз в год. Липидграмма 1 раз в год.

5.Соблюдение режима приема пищи. Модификация образа жизни. Снижение массы тела в течении 6 месяцев на 8-10% закрепление и удержание результата. Исключить сладкие газированные напитки, фаст-фуд, умеренность углеводной нагрузки, предпочтительно блюда с высоким содержанием пищевых волокон. Достаточное количество белка в рационе питания. 1г/кг массы тела. Суточное потребление белка распределяется поровну по 25-30 г на прием пищи в сутки. Аэробные нагрузки до 150 мин в неделю. Силовые нагрузки по 60 мин три раза в неделю. Исключение алкоголя.

6.Лечение жирового гепатоза:

-Вит Е ( Tocopheroli acetatis) капсулы по 400мг в сутки 1 раз в сутки в течении 3 месяцев.

-Вит Д ( Аквадетрим, Вигантол) 8000МЕ в сутки ( по 16 капель растворив в ½ стакане воды) в течении трех месяцев, затем по 5000 ( 10 кап) ежедневно регулярно в течении года. Контроль витамина Д через год. Затем в осенне -зимний период в дозе по 2000МЕ ежедневно.

-[Урсодезоксихолевая кислота](https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1100) (Урсосан /Урсофальк). Капсулы по 250 мг по 2 капсулы 2 раза в сутки утром и на ночь. Продолжительностью 3-6месяцев. При появлении диареи, снизить дозу на 250 мг.

-Ребамипид защищает печень от эндотоксин индуцированного повреждения печени, за счет снижения воспаления и уменьшения проницаемости слизистой тонкой кишки. По 1 т 100мг 3 раза в сутки после еды в течении 4-х недель.

**7.** Нормализация стула-Псиллиум (порошок шелухи семян подорожника) кап 750 мг по 2 кап 2 раза в день во время еды 2-3 месяца.  
8. Контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений на фоне регулярного приема терапии (АД менее 120-129/70-79 мм. рт. ст.), Пульс 55-60 ударов в минуту.

8. Прогноз для жизни благоприятный.

**Зав. отделением:**

**Врач клинический ординатор:**