#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 455

##### Ф.И.О: Цебер Светлана Геннадиевна

Год рождения: 1970

Место жительства: Веселовский р-н, с. Зеленый Гай ,ул Чапаева 43

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 01.03.14 по 04.04.14 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб Ш ст, тяжелая форма, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия ОИ. Метаболическая кардиомиопатия персистирующая форма (из анамнеза) фибрилляции предсердий. СН 1ф.к. II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. С-м вегетаивной дисфункции. Астено-невротический с-м.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, дрожь в теле, потливость, одышку, отеки голеней.

Краткий анамнез: Болеет диффузным токсическим зобом с 2011 . 26.10.11 Т4св>100,0; ТТГ – 0,005., была консультирована в ОКЭД, назначена плановая госпитализация, однако на плановую госпитализацию не явилась, стац лечение в энд отд. не получала. С начала заболевания назначен тирозол, принимала в течении месяца, затем прекратила прием препарата самостоятельно, в дальнейшем не лечилась. 29.03.12 госпитализирована в ЗОКБ с асцит перитонитом. Подпеченочным абсцессом. Межпетельным абсцессом. 02.04.12 ТТГ <0,005 Т4св 180,3. Проведена лапаротомия вскрытие дренирование подпеченочного абсцесса, межпетельных абсцессов, резекция пряди большого сальника,назогастроинтерстицинальная интубация ,санация и дренирование брюшной полости. Вновь назначен тирозол по 2т 3р\д. С этого периода не систематически принимает тирозол. 16.10.12 конс эндокринологом энд диспансера, была проведена коррекция тиреостатической терапии, предложен повторный осмотр и плановое оперативное лечение. От плановой госпитализации в ОКЭД больная отказалась. 17.12.12 по направлению райэндокринолога консультирована в ОКЭД « для решения вопроса о направлении на МСЭК» по результатам обследований в поликлинике ОКЭД было выдано консультативное заключение: По тиреоидной патологии показаний для направления на МСЭК нет, направлена на консультацию на МСЭК для определения степени утраты трудоспособности. Обращалась в регистратуру ОКЭД 14.02.13 по направлению райэндокринолога (имеется направление в амб. карте) однако на прием к врачу не явилась.В дальнейшем к эндокринологу не обращалась лечилась самостоятельно .19.02.14 консультирована эндокринологом ОКЭД ,хирургом –эндокринологом 19.12.13 ТТГ – 0,015; Т4св – 22,96 на фоне приема 30 мг мерказолила.,рекомендовано оперативное лечени от которого пациентка воздержалась . В течении последних 1,5 мес. принимает мерказолил 20 мг/сут. 26.03.14 ( по телефону эндокринологом Панкратовой Н.Г сообщены результаты: Т4 св 27,58; ТТГ – 0,017). С 2012 нарушение ритма по типу фибрилляций предсердий. Персистирующая форма.Госпитализиррвана в энд. диспансер для коррекции дозы тиреостатиков ,предоперационной подготовки ,но со слов пациентки оперативное лечение не планирует ,хочет получить выписной эпикриз для перекомисии на МСЭК.

Данные лабораторных исследований.

02.04.14 бщ. ан. крови Нв –137 г/л эритр –4,1 лейк –8,9 СОЭ –30 мм/час

э- 2% п- 0% с- 74% л- 22% м- 2%

02.04.14 Биохимия: СКФ –107 мл./мин., хол –3,5 тригл -1,13 ХСЛПВП -1,40 ХСЛПНП -1,58 Катер -1,5 мочевина –2,5 креатинин – 63 бил общ –14,9 бил пр –3,7 тим –10,1 АСТ – 0,13 АЛТ –0,39 ммоль/л;

04.04.14Св.Т4 - 31,7 (10-25) ммоль/л;

### 02.03.14 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –на 1/3 в п/зр белок – 0,081 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ум в п/зр

04.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – 0,02

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.04 | 4,8 |  |  |  |  |

02.04Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции Астено-невротический с-м.

19.02Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6

Глазные щели расширены. Экзофтальм с слабоположительным с-м Боткина, Грефе, Кохера. Подвижность глаз в полном объеме. Оптические среды и глазное дно без особенностей. Эндокринная офтальмопатия ОИ.

01.04ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

02.04 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия персистирующая форма ( из анамнеза) фибрилляций предсердий. СН 1ф.к. II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени.

03.04 Осмотр совместно с зав отд Фещук И.А. Начмед Костной Т.К.: диагноз см выше. Рекомендовано: 1.продолжить лечение тиреотоксикоза амбулаторно под наблюдением райэндокринолога. 2.Плановое оперативное лечение- тиреоидэктомия .3. В настоящее время по тиреоидной патологии медицинских показаний для направления на МСЭК нет.

19.02. хируг-эндокринолог: ДТЗ Ш ст, тяжелая форма. медикаментозная субкомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН IIA. Эндокринная офтальмопатия ОИ.

03.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =16,5 см3; лев. д. V =11,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Мерказолил, персен, нолипрел.

Состояние больного при выписке: Учитывая тяжесть заболевания, наличия осложнений тиреотоксикоза, длительность заболевания, не систематический прием тиреостатической терапии, больной показано оперативное лечение по поводу ДТЗ в плановом порядке. С больной проведена неоднократная беседа о потенциальной опасности тиреотоксикоза, необходимости оперативного лечения, о возможном риске для здоровья и жизни предупреждена, однако в настоящий момент от оперативного лечения пациентка воздержалась. От дальнейшего лечения в энддиспансере отказывается, настаивает на выписке ( в истории болезни имеется подпись пациентки). АД 130/70мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин, в настоящее время ритм синусовый.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей. При согласии больной ( при компенсации тиретотоксикоза) направить на оперативное лечение по поводу ДТЗ. Повторный осмотр в ОКЭД ч/з 2 нед.
3. Рек. хирурга-эндокринолога: учитывая тяжесть заболевания, наличия осложнений тиреотоксикоза, показано оперативное лечение в планом порядке от которого пациентка в настоящее время воздерживается.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Рек. невропатолога: глицисед 2т 3-4 р/сут.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. В ОАМ однократно обнаружена протеинурия, лейкоцитурия. Для дальнейшего исключения патологии почек необходим повторить ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко, с последующей конс нефролога.
8. Контр тим. пробы в динамике, при показаниях определить маркеры вирусного гепатита В и С

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.