#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 470

##### Ф.И.О: Марухненко Екатерина Владимировна

Год рождения: 1983

Место жительства: К-Днепровский р-н, г. К-Днепровская, ул. Октябрьская, 29

Место работы: НВК «Детский сад ООШ 1-III ст», учитель

Находился на лечении с 03.04.14 по 25.04.14 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб I, средней тяжести, декомпенсация. С-м вегетативной дисфункции на фоне ДТЗ. Идиопатическое нарушение сердечного ритма(желудочковая экстрасистолия). Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Лейкопения вызванная приемом специфической терапии. Эрозия шейки матки, деформация шейки матки. Состояние после м/аборта

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, сердцебиение, раздражительность, потерю веса на 8 кг за 3 мес, жажду, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: Увеличение щт железы со слов больной с детства. У эндокринолога на «Д» учете не состояла. С 2011 на «Д» учете у аритмолога по поводу нарушение ритма – желудочковая экстрасистолия. С 2011 принимала кордарон по 1т 1р/д по 09.2013. 03.10.13 Т4 св – 14,2 ТТГ 3,18 АТТПО <10. Ухудшение состояние в течении 3 месяцев. Обратилась к эндокринологу 03.02.14. 27.02.14 дообследована Св Т4 – 44,50 (10,5-24,4) ТТГ <0,01 (04-4,0); АТТГ < 20 ( до 40 ) назначен прием тирозола 10 мг 3р/д. с 03.03.14 принимает тирозол 30 мг/сут. 01.04.14 Т4 св – 78,1; ТТГ <0,01 – 30 мг тирозола. На момент выявления ДТЗ у больной беременность 10 нед. 06.03.14 по желанию пациентки произведено прерывание беременности в гинекологическом отд по м/ж. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

04.04.14 Общ. ан. крови Нв – 123 г/л эритр – 3,7 лейк – 2,4 СОЭ –21 мм/час

э- 1% п- 0% с- 54% л- 42 % м- 3%

08.04.14 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр –4,2 лейк – 4,3 СОЭ – 20 мм/час

э- 0% п- 1% с- 50% л- 44 % м- 5%

22.04.14 лейк – 6,0

23.04.14э- 0% п- 1% с- 50% л- 44 % м- 5%

09.04.14 лейк 3,0

14.04.14 лейк – 3,2

08.04.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

04.04.14 Биохимия: хол –4,2 тригл -1,57 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -2,07 Катер -2,0 мочевина –3,5 креатинин –59 бил общ –16,6 бил пр –4,1 тим –1,4 АСТ –0,41 АЛТ – 1,24 ммоль/л;

14.04.14 бил общ – 11,0 бил пр – 2,7 тим – 2,2 АСТ – 0,46 АЛТ – 1,35 ммоль/л;

23.04.14бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим –3,3 АСТ –0,29 АЛТ – 0,65 ммоль/л;

27.03.14 АТрТТГ 0,7

11.04.14Св.Т4 - 76,3 (10-25) ммоль/л.

25.04.14 Св.Т4 - 58,6 (10-25) ммоль/л.

### 04.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - много в п/зр

##### 11.04.14 ан кала на скрытую кровь – отр

04.04.14 гликемия крови – 4,3ммоль\л

04.04Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции на фоне ДТЗ.

03.04.Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; оптические среды и глазное дно без особенностей.

11.04.14ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия, желудочковая экстрасистолия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Нарушение кровообращения перегородочной области. При сравнению с предыдущим ЭКГ – данные те же.

07.04.14 Гематолог: Лейкопения вызванная приемом специфической терапии.

10.04.14 осмотр к.м.н. Вильхового С.О. ДТЗ средней тяжести декомпенсация. Тиреотоксикоз

04.04Кардиолог: Идиопатическое нарушение сердечного ритма(желудочковая экстрасистолия). Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

03.04.ЭХО КС: КДР-4,5 см; КСР-2,4 см; ФВ- 71,00%; ПЛП – 3,3 см; МЖП – 1 см; ЗСЛЖ – 1см; ППЖ-2,3 см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гемодинамически незначимой регургитации 1 ст на ТК.

Гинеколог: Эрозия шейки матки, деформация шейки матки. Состояние после м/аборта

03.03.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,2 см3; лев. д. V = 10,6 см3

Перешеек –0,8 см.

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

2304.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,7 см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, персен, бисопролол, адаптол, преднизолон, альмагель, рибоксин, эссенциале

Состояние больного при выписке:. Тиреотоксикоз возможно йодиндуцированный. Состояние больной значительно улучшилось, уменьшилась дрожь в теле, потливость, с-м Мари± нормализовались размеры железы, компенсирована медикаментозно лейкопения. АД 120/70мм рт. ст. ЧСС 75 уд/мин, сохраняется нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии, прибавка массы тела +3 кг, достоверное снижение свободного Т4 по данным лабораторных исследований.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гематолога 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.
3. Преднизолон 5 мг 2т утром + 1т в 11.00, уменьшая дозу на 2,5 мг 1р в 3-5 дней до отмены препарата.
4. Персен 1т 3р/д 2 нед.
5. Бисопролол 10 мг 1р\д Контр АД.
6. Контр ОАК (лейкоциты) 1р\нед.
7. Контр ТТГ, Т4 св ч\з 1 мес.
8. Повторный осмотр в энд диспансере у эндокринолога, хирурга-эндокринолога ч/з 1 мес.( с результатами ТТГ, Т4 св ) для решения вопроса дальнейшей тактики ведения больной.
9. Рек. хирурга-эндокринолога: дальнейшее консервативное лечение до компенсации тиреотоксикоза. Повторный осмотр с результатами Т4 св для решения вопроса дальнейшей тактики лечения.
10. Конс. аритмолога ЗОКД для решения вопроса дальнейшей тактики лечения, учитывая идиопатическую желудочковую экстрасистолию.
11. УЗИ щит. железы в динамике
12. Рек. гематолога: Дан совет по питанию и режиму.
13. Б/л серия. АГВ № 2343 с 03.04.14 по 25.04.14. К труду 26.04.14г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.