#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1380

##### Ф.И.О: Славная Елена Сергеевна

Год рождения: 1983

Место жительства: Пологовский р-н, г. пологи, ул. Юбилейная 19

Место работы: д/о

Находился на лечении с 06.11.14 по 19.11.14 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, средней тяжести, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия ОИ. С-м вегетативной дисфункции. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ II.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружения, слабость, утомляемость, дрожь в теле, потливость, раздражительность, эмоциональная лабильность,повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст.

Краткий анамнез: АИТ тиреотоксикоз с 2008 (со слов больной ),принимала тиреостатическую терапию- тирозол, мерказолил , (данные мед .документации по обследованиях и лечению до 11.13 не предоставила ) . Наблюдалась у эндокринолога по м /жит. С 2012 прием тиреостатиков отменила, в связи с эутиреоидным состоянием. 11.2013 обратилась к эндокринологу ОКЭД, в связи с беременностью 27 нед . ТТГ <0.01 (0,4-4,0) Св Т4 – 41,2 (10,3-24,4)Св Т3 – 15,6 (1,8-4,2) АТТПО – 85,8 (0-35) от 20.08.13(без приема тирозола). С 08.13 назначен тирозол 10 мг /сут. ТТГ < 0,01 Св Т4 – 24,6 Св Т3 – 6,64 от 14.11.13 на прием тирозола 10 мг/сут. В дальнейшем весь период беременности принимала пропицил . 13.06.14 св Т4 – 9,28 ( 10,3-24,4) без приема тирозола в течении 4х месяцев. Ухудшение состояние в течении месяца. 31.10.14 госпитализирована в терапевт. отд. Пологовской ЦРБ, обследована Св Т3 -11,1, Св Т4 43,5 ТТГ <0,01, АТТГ 23,2.Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиретоксикоза, решения вопроса о дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

07.11.14 Общ. ан. крови Нв –133 г/л эритр – 4,1лейк – 4,9 СОЭ –7 мм/час

э- 7% п- 0% с- 51% л- 34% м- 8%

07.11.14 Биохимия: СКФ –76,5 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,44 ХСЛПВП -2,18 ХСЛПНП – 1,18Катер -1,5 мочевина – 4,7 креатинин – 69,6 бил общ – 29,0 бил пр –4,5 тим – 1,8 АСТ –0,58 АЛТ – 0,56 ммоль/л;

07.11.14 К - 4,4 Nа – 139,5 ммоль/л;

12.11.14 Кортизол – 456,78

10.11.14 АТрТТГ – 21,81 (0-1,22)

### 07.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл.-ед

17.11.14 ТТГ <0,01 (0,3-4,0) Т4 св – 1,48 (0,78-1,94)

11.11.14 Глюкоза крови 3,9 ммоль/л

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

06.11.14Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,6 Отек верхнего века ОИ. Глазные щели расширены. Экзофтальм. Слобополжительный с-м Грефе, Кохера. Оптические среды и глазное дно без особенностей. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

10.11.14 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

11.11.14 Осмотр асс каф Ткаченко О.В. Диффузный токсический зоб II ст, средней тяжести, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия ОИ. С-м вегетативной дисфункции. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ II.

14.11.14 осмотр к.м.н. Вильхового С.О. ДТЗ II, средней тяжести декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия СН1. Эндокринная офтальмопатия ОИ.

07.11.14Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ II.

06.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = с11,8м3; лев. д. V = 8,6см3

По сравнению с УЗИ от 06.2014 размеры железы увеличились контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы с обеих сторон до 0,54\*0,25 см обычной эхоструктуры. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, персен, бисопролол, ивабрадин, рибоксин в\в.

Состояние больного при выписке: Уменьшились дрожь в теле, потливость, тиреотоксикоз в настоящее время мед компенсирован. АД 130/70 мм рт. ст. ЧС 70 уд\мин Учитывая длительность заболевания, отсутствие стойкой компенсации, уровень АТрТТГ показано оперативное лечение по поводу ДТЗ.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели до оперативного лечения.
3. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг 1р\д, ивабрадин 5 мг 2р\д, дообследование ЭХОКС по м/ж
4. Рек. невропатолога: персен 1т 3р\д 1 мес, глицисед 2т 3р/д 1 мес
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ в динамике.
6. Рек хирурга эндокринолога: Учитывая длительность заболевания, отсутствие стойкой компенсации, уровень АТрТТГ показано оперативное лечение в плановом порядке в отделение трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ после достижения компенсации тиреотоксикоза (госпитализация согласована 24.11.14)

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.