#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 148

##### Ф.И.О: Попова Вера Михайловка

Год рождения: 1955

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка, ул. Московская 34

Место работы: КУ Васильевская гимназия «Сузирья» - ООШ 1-3 ступеней ВРС Запорожской оласти, зам. директора по хозяйственной части.

Находился на лечении с 30.01.14 по 10.02.14 в энд. отд.

Диагноз: Смешанный токсический зоб 1 ст (узел левой доли щит. железы), средней тяжести, впервые выявленный. Гиперметропия слабой степени ОИ. С-м вегетативной дисфункции. Хр. диссомния. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 3. ПХЭС. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии. Хронический эрозивный гастрододенит с болевым и диспептическим с-м Н-pylory –отр. Вертеброгенная люмбосакралгия.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, сердцебиение, повышение АД до 170/100 мм рт ст.,общую слабость, утомляемость, потерю веса на 4 кг за год, дрожь в теле, психоэмоциональная лабильность.

Краткий анамнез: В мае 2013 обратилась к эндокринологу, дообследована 17.05.13 Св Т4 13-7 (10,3-24,0) ТТГ -0,93 (0,4-4,0); АТТПО – 12,4 (0-100), в левой доле щит. железы выявлен узел 2,07\*1,38см, в связи с чем назначен эутирокс 12,5 мкг/сут. принимала в течении 4 мес в дальнейшем дозу увеличила до 25 мкг\сут. По данным ТАПБ от 25.05.13 цитологическая картина пунктатов соответствует узловому зобу с кистозной дегенерацией узла. 01.2014 отметила дрожь в теле, потливость, сердцебиение. 10.01.14 дообследована св Т4 – 54,7 ТТГ < 0,01 . 22.01.14 обратилась к эндокринологу энд. диспансера, назначен тирозол по 2т 3р/д, бисопролол 5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

31.01.14 Общ. ан. крови Нв – 149 г/л эритр –4,5 лейк – 6,1 СОЭ – 7 мм/час

э- 0% п-1 % с- 65% л- 26% м- 8%

07.02.14 Лейк – 6,6

31.01.14 Биохимия: СКФ –75 мл./мин., хол –4,6 тригл – 1,45ХСЛПВП -1,24 ХСЛПНП -2,7 Катер -2,7 мочевина –3,7 креатинин – 72 бил общ –10,2 бил пр –2,4 тим –1,5 АСТ –0,51 АЛТ –1,22 ммоль/л;

06.02.14 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,85

06.02.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

31.01.14Св.Т4 - 33,9 (10-25) ммоль/л;

### 31.01.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

31.01Глюкоза крови -5,5 ммоль/л

06.02.14 ТТГ со 100гр глюкозы: 9.00-3,8; 10.00-7,4; 11.00 – 6,7 ммоль/л

03.02Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции. Хр. диссомния. Вертеброгенная люмбосакралгия.

30.01Окулист: VIS OD= 0,6 с кор 1,0 OS= 0,7 с кор 0,9

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Д-з: Гиперметропия слабой степени ОИ.

30.01ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия, единичная желуджочковая эсктрситола. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

03.02Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 3.

05.02Гастроэнтеролог: ПХЭС. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии. Хронический эрозивный гастрододенит с болевым и диспептическим с-м Н-pylory –отр.

05.02.14 ФГЭДС: Эрозивная гастропатия. Эритематозная дуоденопатия. дуоденогастральный рефлюкс. Недостаточность кардии.

03.02УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; желчный пузырь удален, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2 см3; лев. д. V = 12,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и множественные гипоэхогенные очаги до 0,5 см. В лев доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,13\*1,3 см с кистозной дегенерацией. В в/3 левой доле кольцевая структура 1,0 см, возможно гиперэхогенный узел. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, персен, бисопролол, альмагель, омепразол, эзолонг, де-нол, фосфалюгель, даларгин, рибоксин.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась дрожь в теле, потливость,. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС -70 уд/мин.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил, эспа-карб) 5мг 2т утром + 1т в обед + 1т веч. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Повторный осмотр в энд диспансере ч/з 1-2 мес. с конс хирурга-эндокринолога, эндокринолога для решение вопроса целесообразности оперативного лечения по поводу смешанного токсического зоба.
4. УЗИ щит. железы в динамике ч/з 3-6 мес..
5. Контр. ТТГ СвТ4 ч/з 2 нед.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
7. Рек. кардиолога: бисопролол 5 мг 1р/д.Контроль АД.
8. Рек. невропатолога: атаракс ½ т утром + ½ ТВ обед +1 т веч 1-2 мес.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, эзолонг 40 мг по 1т 2р/д за 1 час до еды – 2 нед, даларгин 1,0 в/м 10 дней, де-нол 2т 2/д за 30 мин до еды 2 нед, фосфалюгель по 1п 3р\д ч/з 40 мин после еды – 2 нед, повторный осмотр гастроэнтеролога после лечения.
10. Эссенциале по 2т 3р/д 1 мес. Контр печеночных проб, АСТ, АЛТ в динамике.
11. Б/л серия. АГВ № 234255 с 30.01.14 по 10.02.14. К труду 11.02.14г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.