#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 843

##### Ф.И.О: Снегирева Наталья Александровна

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Мелитополь, 50 л. Победы, 36 кор.-6, кв - 24

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.07.15 по 21.07.15 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб IIст, средней тяжести, декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия Митральная регургитация 1 ст. СН 1. Дисметаболическая энцефалопатия 1, астено-невротический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне, протрузия дисков L1-L2, L4-L5, L5-S1, компрессионные переломы шеи L0-L1, болевой с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП II ст. МКБ, конкремент правой почки, рецидивирующий пиелонефрит, артериальная гипертензия. Миелотоксическая анемия. Остеопороз (Т-3,0).

Жалобы при поступлении на головные боли, слабость, утомляемость, снижение веса на 3 кг за 2 мес, дрожь в теле, потливость, эмоциональная лабильность, нарушение сна.

Краткий анамнез: В 2012 по данным УЗИ выявили увеличение щит. железы. У эндокринолога не наблюдалась. Ухудшение состояния в 07.2014, когда появилось сердцебиение, потеря массы тела, дрожь в теле. 02.07.14 ТТГ < 0,0025 ; Т4св – 50,9. Консультирована эндокринологом по м/ж, назначен тирозол 40 мг/сут с уменьшением дозы в течении 3 мес до поддерживающей 5 мг/сут + L-тироксин 25 мкг/сут Проведен контроль ТТГ- 4,9; Т4св – 9,5 от 16.01.15 в дальнейшем переходит на прием L-тироксина в течении 3 мес по 25 мкг/сут, затем прекращает прием препарата. Резкое ухудшение состояния 05.2015 когда появились вышеуказанные жалобы ТТГ <0,01 Т4св- 85,3 от 23.06.15, обратилась в ОКЭД самостоятельно. Страдает МКБ , хр. пиелонефритом. В течении года диагностирован остеопороз. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиретоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

10.07.15 Общ. ан. крови Нв –104 г/л эритр – 3,1 лейк – 3,2 СОЭ – 10 мм/час

э- 0% п-0 % с- 61% л- 33% м- 6%

13.07.15 Лейк- 4,8

17.07.15 Общ. ан. крови Нв –123 г/л эритр – 3,9 лейк –4,8 СОЭ – 17 мм/час

э- 3% п- 1% с- 54% л- 36% м- 6%

10.07.15 Биохимия: хол – 3,49тригл -0,98 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -1,23 Катер -1,8 мочевина –7,5 креатинин –64 бил общ –15,6 бил пр – 3,7 тим –2,2 АСТ –0,59 АЛТ –0,77 ммоль/л;

10.07.15 Са – 1,98 ммоль/л

17.07.15Св.Т4 - 27,9 (10-25) ммоль/л;

10.07.15 АТТПО – 241,93 (0-30)

08.07.15 Т4св – 100,0 (11,5-22,7) АТрТТГ - >25.00 ( <1,22)

14.07.15 Железо – 19,9 (10,7-32,2)

### 10.07.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 20-25 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

13.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -32500 эритр - 2500 белок – отр

10.07.15 глюкоз крови – 4,2ммоль/л

09.07.15Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, астено-невротический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне, протрузия дисков L1-L2, L4-L5, L5-S1, компрессионные переломы шеей L0-L1, болевой с-м

14.07.15Окулист: VIS OD= 0,2 OS=0,2

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. вены обычного калибра. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

14.07.15ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

20.07.15ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

01.07.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

10.07.15ЭХО КС: КДР- 5,1см; КСР- 3,3см; ФВ- 64%; просвет корня аорты -2,8 см; ПЛП – 3,6 см; МЖП – 0,9 см; ЗСЛЖ – 1,0см; ППЖ- 2,2см; По ЭХО КС: Эхопризнаки диастолической дисфункции по первому типу, регургитация 2ст на МК, регургитация 1 ст на ТК, склеротических изменений створок МК, АК.

14.07.15Нефролог: ХБП II ст.: МКБ, конкремент правой почки, рецидивирующий пиелонефрит, артериальная гипертензия, анемия.

14.07.15Гинеколог: Пр здорова.

16.07.15 Гематолог: Миелотоксическая анемия.

13.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, множественных крупных конкрементов в правой почке с нарушением урокинетики, косвенные признаки правостороннего хр. пиелонефрита.

20.07.15 Ревматолог: Остеопороз (Т-3,0)

08.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 20 см3; лев. д. V = 14,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, коронал, персен, магне В6, атаракс, предуктал MR.

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, общая слабость, утомляемость. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС – 75 уд/мин, С-м Мари ±.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, уролога, кардиолога, гематолога, ревматолога по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Контр. ТТГ, Т4св ч/з 2 нед с послед. осмотром эндокринолога ОКЭД, хирурга-эндокринолога для решения вопроса о дальнейшей тактики ведения больной.
4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 1 мес. Контр АД. ЭКТ.
5. Рек. невропатолога: магне Б 6 1т 3р\д 1 мес, атаракс ½ т утром ½ т в обед 1т веч
6. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес.
7. Рек гематолога: дан совет по режиму и питанию.
8. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 1-2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Прием препаратов железа и уросептиков.
9. Коронал 2,5 мг утром 1 нед с послед. отменой препарата.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.