#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 691

##### Ф.И.О: Шаповалова Надежда Тиофановна.

Год рождения: 1961

Место жительства: Ореховский р-н , г.Орехов ул.Розы Люксембург, д. 43 кв 98.

Место работы: КУ Ореховская ЦРБ» районный педиатр.

Находился на лечении с 29 .05.15 по 04 .06.15 в энд. отд.

Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб II Тиреотоксикоз средней тяжести, декомпенсация Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН I ф.кл. II. Постинъекционный абсцесс правой ягодичной области

Жалобы при поступлении на дрожь в теле ,потливость ,эмоциональную лабильность, раздражительность, повышение температуры тела до 37,5-38°С, головные боли ,головокружения, сердцебиения, боли в суставах кистей, нижних конечностей, снижение веса на 6 кг за 1-2 мес, слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: Впервые тиреотоксикоз выявлен в 2010, назначен мерказолил по схеме, принимала в течении 2 мес. В дальнейшем прием препарата самостоятельно отменила, у эндокринолога не наблюдалась. Ухудшение состояния в течении месяца, когда отметила вышеизложенные жалобы. 24.04.15 ТТГ – 0,01 (00,4-4,0) АТТПО -901 (0-100). 27.04.15 Св Т4 -89,6 (11,5-22,7) консультирована эндокринологом ОКЭД, назначен мерказолил (тирозол) 30 мг/сут, самостоятельно к лечению добавила лапчатку белую-Альба ( БАТ) , принимала в течении 3 нед. назначенную терапию. В дальнейшем уменьшила дозу до 20 мг\сут. В этот период развились отечность, болезненность в суставах кистей, плечевых, коленных, отмечает высыпание по типу крапивницы. 26.05.15 Св Т4 – 17 ,8 (11,5-22,7) ТТГ <0,01 (0,4-4,0) После получения результатов самостоятельно перешла на прием тирозола 5 мг сут. , после уменьшения дозы тирозола, отмены БАТ (альба) высыпаний на кожи не отмечает. 25.05.15 приняла инъекцию диклофенака в/м (купирование болевого суставного с-ма.) 28.05.15 консультирована аллергологом, ревматологом, завт. терапевтическим отд «С-м иммун. дисфункции. Диффузный токсический зоб. Полинейропатия? Артрологический с-м. остеоартроз?». Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

02.06.15 Общ. ан. крови Нв – 135г/л эритр –4,2 лейк –4,7 СОЭ –39 мм/час

э- 3% п- 1% с- 63% л-29 % м- 4%

03.06.15 Общ. ан. крови Нв – 117 г/л эритр – 3,7 лейк – 6,7 СОЭ –30 мм/час

э-2 % п- 3% с- 70% л-12 % м-13%

02.06.15 С-реактивынй белок 4++++

03.06.15 общ IgE 44,72 ( <130) Ревматоидный фактор – 4,25 ( <14.0) Креатинкиназа общ – 21,75 (< 145) Лактатдегидокиназа -142,00 ( <247)

02.063.15 Биохимия: хол –4,59 тригл 1,14- ХСЛПВП -0,94 ХСЛПНП – 3,12Катер -3,9 мочевина –3,8 креатинин –80 бил общ – 9,0, бил пр –2,1 тим –3,1 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,48

### 02.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

02.06.15 глюкоза крови – 5,5 ммоль/д

02.06.15Невропатолог: патологии на момент осмотра нет.

03.06.15Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,6

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. . Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

28.05.15ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда. желудочковая экстрасистолия.

02.06.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда. Неполная блокада ПНПГ.

Кардиолог: Предварительный диагноз -Метаболическая кардимиопатия. Желудочковая экстрасистолия СН II ф.кл II.

04.06.15 Иммунолог, Аллерголог: данных за полимиозит нет. Рекомендовано тиреостатическую терапию продолжить.

Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диффузный токсический зоб II средней тяжести, декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия СН1. Ф.кл II. постинъкционный абсцесс правой ягодичной области.

02.06.15 Хирург: постинъкционный абсцесс правой ягодичной области.

04.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =13,4 см3; лев. д. V =11,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы местами, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько не однородная Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол,анаприлин ,предуктал МR,влажно –высыхающий компрес с 25% раствором димексида .

Состояние больного при выписке: распирающую боль в области постинъкционного абсцесса правой ягодичной области ,повышение температуры тела до 37,2 .Уменьшилась дрожь в теле ,потливость ,переносимость тиреостатической терапии (тирозол) хорошая.АД 110/60 мм.рт .ст ,ЧСС 80-85 уд.мин.

Рекомендовано:

1. Продолжить стац лечение в хир. отделении Ореховской ЦРБ по поводу постинъекцонного абсцесса пр. ягодичной области.(оперативное лечение )
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
3. Тирозол 5мг 1т. \*3р/д. Контр Св Т4, ТТГ ч/з 2 нед. Повторный осмотр в ОКЭД для решения дальнейшей тактики ведения больной.
4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. трифас 2,5 мг утром,аспирин кардио 100 мг 1 р/день .. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.,суточное мониторирование ЭКГ
5. Рек хирурга:оперативное лечение в хирургическом отделении по м /жит по поводу постинъекцонного абсцесса пр. ягодичной области.
6. УЗИ щит. железы в динамимике.Контроль ТТГ ,Св Т4 через 2 недели ,повторный осмотр в энд .диспансере.
7. Б/л серия. АГВ № 234867 с 29.05.15 по 04 .06.15. продолжает болеть

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.