#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1574

##### Ф.И.О: Кошелева Людмила Николаевна

Год рождения: 1974

Место жительства: Куйбышевский р-н, с. Алексеевка ул. Садовая, 51

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.12.15 по 31.12.15 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, средней тяжести, декомпенсация Метаболическая кардиомиопатия СН I. САГ II ст.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, эмоциональную лабильность, раздражительность, головные боли, головокружение, боли в спине, снижение веса на 20 кг за 6-8 мес, слабость, утомляемость, повышение АД до 160/80 мм рт. ст, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: ДТЗ выявлен в 2010г. консультирована в ОКЭД от госпитализации в 2010 отказалась. В течении года принимала мерказолил от 45-15 мг/сут. В дальнейшем прием препаратов отменила, у эндокринолога не наблюдалась. Периодически самостоятельно возобновляла прием мерказолила 5-20 мг\сут. В течение последних 6 мес тиреостатики не получала. 15.12.15 обратилась к эндокринологу по м\ж. дообследована : Т3св – 3,21 (1,8-4,2) Т4св – 32,9 ( 11,5-22,7) ТТГ < 0,01 ( 0,4-4,0) АТТГ < 20,0 ( 0-40) АТТПО – 11,4 ( 0-35). Госпитализированаа в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза, решения вопроса дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

22.12.15 Общ. ан. крови Нв – 131 г/л эритр – 3,9 лейк – 4,8СОЭ – 12 мм/час

э- 0% п- 2% с- 63% л-33 % м- 2%

22.12.15 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,06 тригл - 1,14 ХСЛПВП -1,51 ХСЛПНП – 2,03Катер -1,7 мочевина – 3,6 креатинин – 70,8 бил общ –11,8 бил пр – 2,9 тим – 0,6 АСТ –0,38 АЛТ –0,62 ммоль/л;

### 22.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. ум в п/зр

22.12.15 Глюкоза крови – 5,1

21.12.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;. Д-з: Оптические среды и глазное дно без особенностей.

22.12.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. С-м укороченного PQ.

28.12.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. С-м укороченного PQ.

28.12.15 Осмотр к.м.н. Вильхового С.О ( хирург-эндокринолог): диагноз см. выше.

22.12.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I. САГ II ст.

21.12.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =31,0 см3; лев. д. V = 23,2 см3

Щит. железа увеличена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура однородная за счет мелких гипоэхогенный участков. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы по типу ДТЗ

Лечение: мерказолил, бисопролол, персен, адаптол, тиотриазолин.

Состояние больного при выписке: уменьшилась дрожь в теле, потливость. АД120/70 мм рт. ст. ЧСС 75 уд/мин. Учитывая длительность заболевания, размеры щит. железы заведомо несистематический прием тиреостатических препаратов пациентке показано оперативное лечение по поводу ДТЗ в плановом порядке.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта 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. Рек. кардиолога: бисопролол 5 мг 1р/д 2 нед Контроль АД, ЭКГ.
4. Рек хирурга эндокринолога: оперативное лечение в плановом порядке в отделении трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ ЗОС, после достижения медикаментозной субкомпенсации тиреотоксикоза.
5. Контр Т4св, ТТГ ч/з 2 нед. При медикаментозной компенсации тиреотоксикоза госпитализация в отделение трансплантологии эндокринной хирургии КУ ЗОКБ ЗОС. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес.
6. Персен 1т 3р\д 1 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.