#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 514

##### Ф.И.О: Завгородняя Валентина Леонтьевна

Год рождения: 1973

Место жительства: Вольнянский р-н, г .Вольнянск ул. 30 л лет ВЛКСМ 74

Место работы: н/р

Находился на лечении с 15.04.16 по 26.04.16 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II, средней тяжести, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия ОИ. НЦД по смешанному типу. СН0. ЖКБ, калькулезный холецистит вне обострения.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, дрожь в теле, потливость, психоэмоциональную лабильность, слабость, утомляемость, снижение веса 1-2 кг за мес, повышение АД макс. до 140/70 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: на «Д» учете у эндокринолога по поводу увеличения щит. железы с 2004. С 2011 ДТЗ назначен прием тирозола. 22.04.11 Т4св – 38,7 (10 -24,4) ТТГ < 0,01 (0,4-4,0) АТТПО – 1670 (0-35). С 2011 в течении года принимала тирозол. В дальнейшем прием тирозола + L-тироксина в течении 3 мес в 2012. Со слов больной с 2013 перешла на прием L-тироксин 50 мкг/сут 19.04.14. ТТГ – 1,42 на 50 мкг L-тироксина. Ухудшение состояния в течении месяца после переохлаждения, обратилась к ЛОР врачу, диагносцирован гайморит, прошла курс лечение антибактериальными препаратами, назначены дообследования.06.04.16 Т4св – 67,8 ТТГ <0,01. Направлена в эндодиспансер для компенсации тиреотоксикоза. С 11.04.16 принимает тирозол 10мкг 3р/д, корвитол 25 мг 3р\д.

Данные лабораторных исследований.

12.04.16 Общ. ан. крови Нв – 131,6 г/л эритр – 4,0 лейк –5,0 СОЭ –5 мм/час

э-4 % п- 1% с- 60% л- 23% м- 12%

21.04.16 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,3 лейк – 4,4 СОЭ –7 мм/час

э-0 % п-2 % с-58% л- 37% м-3 %

18.04.16 Биохимия: хол –2,8 тригл -1,05 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП – 1,1Катер -1,3 мочевина –4,9 креатинин – 57 бил общ –12,4 бил пр – 5,0 тим –3,5 АСТ – 0,75 АЛТ – 1,12 ммоль/л;

21.04.16 бил общ – 11,9бил пр –2,6 АСТ – 0,42АЛТ – 1,10 ммоль/л;

25.04.16 АСТ - 0,45 АЛТ 0,98

19.04.16 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

22.04.16Св.Т4 - 23,0 (10-25) ммоль/л;

19.04.16 АТрТТГ > 40,0 МЕ/мл

### 18.04.16 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

19.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

18.04.16 глюкоза крови – 5,5 ммоль/л

11.04.16Невропатолог: Вегетативная дисфункция астеноневротический с-м.

11.04.16Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 1,0

Отек верхнего века ОИ. Оптические среды прозрачны. Гл. щели ОД>OS. Экзофтальм ОД>OS. Положительный с-м Боткина, Грефе, Кохера. Подвижность глаз в полном объеме. Глазное дно без особенностей. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

11.04.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.04.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.04.16Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН0

22.04.16Гастроэнтеролог: ЖКБ, калькулезный холецистит вне обострения.

21.04.16 Хирург: ЖКБ калькулезный холецистит.

21.04.16 Осмотр к.м.н. Вильхового С.О.: диагноз см. выше.

19.04.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки ЖКБ хр. калькулезного холецистита хр. панкреатита нефроптоза справа.

11.04.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =23,3 см3; лев. д. V =15,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. В пр доле у переднего контура скопление гидрофильных очагов до 0,35 см. общий размер участка 3,74\*1,28. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, корвитол, адаптол, тиоцетам, эссенциале, глицин

Состояние больного при выписке: Учитывая длительность заболевания, рецидив тиреотоксикоза, высокий уровень АТрТТГ, размеры щит. железы, показано оперативное лечение в плановом порядке. ДТЗ медикаментозно компенсирован, уменьшились дрожь в теле, потливость АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин, с-м Мари ±.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т утром + 2т в обед + 1 т веч. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до оперативного лечения.
3. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
4. Рек. невропатолога: афбоазол 1т 3р\д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св в динамике .
6. Рек. окулиста: максидекс 2к 3р/д в ОИ.
7. Рек хирурга: плановое оперативное лечение по поводу ЖКБ..
8. Рек хирурга-эндокринолога: Учитывая длительность заболевания, рецидив тиреотоксикоза, высокий уровень АТрТТГ, показано оперативное лечение в плановом порядке в отд. трансплантологии и эндокринной хирурги КУ ЗОКБ после субкомпенсации тиреотоксикоза.
9. Рек. гастроэнтеролога: Наблюдение хирурга по м\ж. Контроль УЗИ ч/з 6 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.