#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 544

##### Ф.И.О: Бойко Наталья Ивановна

Год рождения: 1965

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Балабино ул. Садовая 113 Прописана Днепропетровская обл с . Зоряное. ул. Молодежная 11

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.04.16 по 04.05.16 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II средней тяжести декомпенсация. Дисметаболическая энцефалопатия 1, астено-невротический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия САГ СН 1 ст. Нарушение овариально-менструального цикла перименопаузального характера. Хр. цервицит. Эндометриоз тела матки. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, психоэмоциональную лабильность, головные боли, головокружения, слабость, утомляемость, снижение веса на 18 кг за год, повышение АД до 180/90 мм рт. ст, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: ДТЗ с 2012 ( ТТГ – 0,006 (0,27-4,2); Т4св – 70,6(12-22) АТТПО – 132 (0-63) от 24.02.12), принимала тирозол 30 мг/сут по схеме, под наблюдение эндокринолога по м/ж, в течении 2 лет. В дальнейшем к эндокринологу за мед помощью не обращалась, тиреостатическую терапию не получала. Ухудшение состояния в течении 3 мес.от 12.2015 Т4св – 52,78(12-22), от 02.2016. Т4св – 60,8 ТТГ – 0,008 (0,44-4,3); от 12.04.16 ТТГ <0,005 ( 0,4-4,3) Т4св- >100 ( 12,0-22,0). С 12.04.16 возобновила прием тирозола 30 мг/сут. Консультирована эндокринологом ОКЭД, направлена на плановую госпитализацию для компенсации тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

22.04.16 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр – 4,5 лейк –4,8 СОЭ – 9 мм/час

э-1 % п- 0% с- 49% л- 43% м- 7%

27.04.16 лейк – 5,3

22.04.16 Биохимия: СКФ –141,8 мл./мин., хол –4,45 тригл -0,83 ХСЛПВП -1,82 ХСЛПНП – 2,25Катер -1,4 мочевина –2,7 креатинин –60 бил общ – 10,2 бил пр –2,6 тим – 1,71 АСТ – 0,37 АЛТ –0,96 ммоль/л;

### 22.04.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –8-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

28.04.16 Т4св – 27,2 (11,5-22,7) АТрТТГ – 12,5 ( 0-1,5)

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

26.04.16 Глюкоза крови 5,3 ммоль/л

22.04.16 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, астенонеротический с-м.

22.04.16Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.04.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

22.04.16Гинеколог: НОМЦ перименопаузального характера. Хр. цервицит. Эндометриоз тела матки.

27.04.16 Осмотр к.м.н. Вильхового С.О.ДТЗ II ст, средней тяжести, декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

21.04.16УЗИ ОМТ: Заключение: Эхопризнаки эндометриоза тела матки, эндоцирвицита.

25.04.16Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Метаболическая кардиомиопатия САГ СН 1 ст.

09.04.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =24,3 см3; лев. д. V =26 см3

Перешеек –0,6 см. Эхогенность неравномерно повышена. Эхоструктура неоднородная В обеих долях на фоне неравномерного уплотнения структуры паренхимы и фиброза определяется множественные очаги с пониженной эхогенностью, размеров до 5 мм, множественны анэхогенные включения, размером до 4-6 мм. Кровоток по сегментам железы неравномерно усилен. Закл: Диффузное увеличение щит железы до Ш ст. Диффузно–очаговые, фиброзные изменения щит. железы.

04.05.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =22,3 см3; лев. д. V =25,0 см3

Перешеек –1,6 см. Железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы местами снижена . Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и множественными округлыми гипоэхогенными очагами до 0,5 см. неоднородная Закл: увеличение щит железы . Диффузные изменения щит. железы.

Лечение: тиотриазолин, эналаприл, торсид, тирозол, персен.

Состояние больного при выписке: ДТЗ медикаментозно компенсирован. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин, с-м Мари ±. Учитывая длительность заболевания, рецидив тиреотоксикоза, размеры щит. железы, повышение уровня АТрТТГ, пациентке показано оперативное лечение в плановом порядке в отделение трансплантологии и эндокринной хирургии ЗОКБ, но больная в настоящее время отказывается.

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 оперативного лечения.
3. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В : ЭХОКС.
4. Рек. невропатолога: седасен форте 1к 2р\д 1 мес.
5. Контроль УЗИ щит. железы, ТТГ, Т4св в динамике.
6. Рек хирурга-эндокринолога: Учитывая длительность заболевания, рецидив тиреотоксикоза, показано оперативное лечение в плановом порядке в отделение трансплантологии и эндокринной хирургии ЗОКБ после достижения субкомпенсации тиреотоксикоза.
7. Рекомендации гинеколога –свечи хинофуцин 1 св 2 р/день-10 дней per.vag,св. далмаксин 1 св 2 р/день-14 дней, кольпоскопия после лечения, мазок на АК и флору.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.