#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 433

##### Ф.И.О: Комлик Тамара Сергеевна

Год рождения: 1991

Место жительства: Васильевский р–н, г. Васильевка ул. 8 Марта 41

Место работы: декретный отпуск

Находился на лечении с 22.03.17 по 03.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, средней тяжести, ст. декомпенсации. Вегетативная дисфункция перманентного характера, астеноневротический с-м. Эндокринная офтальмопатия ОИ легкой степени, неактивная фаза. Сложный миопический астигматизм. Метаболическая кардиомиопатия, синусовая тахикардия, наджелудочковая экстрасистолия. СН 1. САГ 1 ст.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, раздражительность, учащенное сердцебиение при физ нагрузках и волнение, психо-эмоциональную лабильность, боли в сердце, повышение АД до 150/70 мм рт. ст, головные боли, головокружения, слабость, утомляемость, ухудшение зрения, памяти снижение веса на 8 кг за 3 мес.

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились в 2014, проходила стац лечение в ОКЭД, принимала тиреостатики по схеме. ( при выявлении заболевания 07.2014 Т3св – 14,7 (1,8-4,2) т4св – 75,9 (10,3-24,4) ТТГ < 0,01 АТТПО – 403 до 2015. В дальнейшем наступила беременность. Наблюдалась у эндокринолога по м/ж, принимала пропицил. В 2016 самостоятельно отменила прием тиреостатиков (гормоны в N). Ухудшение состояния с 10.2016, возобновлен прием тирозола. В настоящее время принимает тирозол 30 мг/сут ( в течение недели). 14.03.17 Т3св – 10,6 ( 1,8-4,2) Т4св -59,3 (11,5-22,7) ТТГ < 0,01 (0,4-4,0). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции тиреотоксикоза, решения вопроса о дальнейшей тактики лечения.

Данные лабораторных исследований.

23.03.17 Общ. ан. крови Нв – 157 г/л эритр –4,8 лейк – 4,1 СОЭ –9 мм/час

э-1 % п- 0% с- 57% л- 36 % м- 6%

27.03.17 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр –4,3 лейк –5,0 СОЭ –6 мм/час

э- 2% п-1 % с- 55% л- 40 % м-2 %

23.03.17 Биохимия: СКФ –142 мл./мин., хол –3,9 тригл -0,94 ХСЛПВП -1,51 ХСЛПНП – 2,0 Катер -1,6 мочевина – 6,2 креатинин – 56,1 тим – 1,9 АСТ – 0,50 АЛТ – 0,26 ммоль/л;

24.03.17 бил общ -10,9 бил пр – 2,7

28.03.17 Св.Т4 - 18,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 981,6 (0-30) МЕ/мл

23.03.17 АТрТТГ – 6,38 МЕ/л

24.03.17 К – 4,78 ; Nа –140 Са - 2,31 Са++ -1,11 С1 – 101,3 ммоль/л

### 23.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -у ; эпит. перех. -ед в п/зр

24.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000 эритр -250 белок – отр

29.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

23.03.17 глюкоза крови – 4,0 ммоль/л

24.03.17 глюкоза крови – 4,2 ммоль/л

23.03.17Невропатолог: Вегетативная дисфункция перманентного характера, астеноневротический с-м.

27.03.17 Окулист: VIS OD= 0,1 – 3,0 = цил 0,5 ах 90 = 0,2-0,3 OS= 0,5сф – 2,0 -2,0д=0,7. OS -Экзофтальм 1, ОИ – отека нет с-м грефе (-),

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие, умеренно извиты, в макулярной области без особенностей. Дз: Осложненный миопический астигматизм. Эндокринная офтальмопатия ОИ, легкой степени, неактивная фаза ОИ.

16.03.17 ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

23.03.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, синусовая тахикардия. Наджелудочковая экстрасистолия. СН 1 САГ 1 ст.

28.03.17 Осмотр к.м.н. Вильхового С. О. диагноз см. выше.

16.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =24,5 см3; лев. д. V = 19,9 см3

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

Лечение: тирозол, корвитол, афобазол, тиоцетам, бисопролол.

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, психо-эмоциональная лабильность. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин Учитывая длительность заболевания отсутствие стойкой компенсации тиреотоксикоза, при отмене тиреостатиков, размеры щит. железы пациентке показано оперативное лечение по поводу ДТЗ в плановом порядке. В настоящее время пациентка от оперативного лечения воздерживается (планирует обратится к хирургу-эндокринологу через 1 мес).

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардилога 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 5-10 мг 1р\д, Контроль АД, ЭКГ.
4. Рек. невропатолога: Афобазол 1т 3р/д 1 мес.
5. Рек к.м.н. Вильхового С.О: оперативное лечение в плановом порядке в отд. трансплантологии и эндокринной хирурги КУ ЗОКБ после достижение субкомпенсации тиреотоксикоза.
6. УЗИ щит. железы. ТТГ, Т4св в динамике

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В