#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 464

##### Ф.И.О: Шиш Леся Анисимовна

Год рождения: 1946

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Куйбышева 32-14

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 28.03.17 по 06.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II, средней тяжести, впервые выявлений. СПО – правосторонняя гемитиреоидэктомия 1988. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), астеноневротический с-м. Осложненная артифакия, вторичная пленчатая катаракта. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз СН II А ф . кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ревматоидный артрит, серонегативный тип, полиартроз R0 ст III- IV ФНС II – Ш

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, раздражительность, псиэхомциональная лабильность, слабость, утомляемость, повышение АД 180/100 снижение веса на 2-3 кг, учащенное сердцебиение..

Краткий анамнез: В 1988 резекция правой доли щит. железы и перешейка по поводу узлового зоба, Ранее принимала L-тироксин 100 мкг утр до 2015. Ухудшение состояния в течение последних 3-4 мес, когда начала отмечать дрожь в теле, потливость, обратилась к эндокринологу по м/ж, назначено дообследование. 14.03.17 ТТГ - <0,1 (0,4-4,0) 15.03.17 Т4св – 31,9 (11,5-22,7) 23.03.17 конс. эндокринологом ОКЭД, диагностирован тиреотоксикоз, назначен прием тирозола 10 мг 3р\д, бисопролол 10 мг 1р\д. глицин 1т 4р/д. предуктал MR 1т 2р/д. Страдает ревматоидныым артритом в течение года, принимает преднизолон 5 мг утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

31.03.17 Общ. ан. крови Нв –115 г/л эритр –3,4 лейк – 5,2 СОЭ –12 мм/час

э- 2% п- 6% с- 61% л-29 % м- 2%

29.03.17 Биохимия: СКФ –46,2 мл./мин., хол –3,7 тригл – 1,3ХСЛПВП -1,3 ХСЛПНП -1,8 Катер -1,8 мочевина –8,2 креатинин –97,9 бил общ –19,0 бил пр –4,0 тим –2,2 АСТ –0,18 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

30.03.17 АТрТТГ – 26,28

31.03.17 Св.Т4 - 16,9 (10-25) ммоль/л; АТ ТПО –230,4 (0-30) МЕ/мл

31.03.17 К – 4,56 ; Nа –140,5 Са++ - 1,18С1 – 103,5 ммоль/л

### 29.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

29.03.17 Глюкоза 4,2 ммоль\л

30.03.17 Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза ( дисметаболическая, гипертоническая), астеноневротический с-м.

30.03.17 Окулист: Артифакия, помутнение задней капсулы хрусталика (ОД<OS) Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды узкие, извиты, склерозированы. В макуле рефлекс сохранен. Д-з: Осложненная артифакия ,вторичная пленчатая катаракта. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.03.17 ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый тахикардия, единичная суправентрикулярная экстрасистола. Гипертрофия левого желудочка.

28.03.17 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин.

28.03.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз СН II А ф . кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

04.04.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Тиреотоксикоз средней тяжести впервые выявлений (струмэктомия) 1988, хронический панкреатит в ст. ремиссии, ревматоидный артрит, серонегативный тип, полиартроз R0 ст III- IV ФНС II – Ш

06.04.17 осмотр хирурга –эндокринолога к.м.н. Вильхового С.О. Диффузный токсический зоб II, средней тяжести, впервые выявлений. СПО – правосторонняя гемитиреоидэктомия 1988.

21.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V =14,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. И множественные фиброзные структуры до 0,7 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя правой доли. Увеличение щит. железы. Выраженные диффузные изменения.

Лечение: престариум, тирозол, тиотриазолин, бисопролол, персен, изокет спрей, аспирин кардио, преднизолон.

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, психоэмоциональная лабильность, раздражительность. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, ревматолога, кардиолога, по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. утром + 2 т в обед + 1т веч. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 5 мг веч., при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рек хирурга-эндокринолога: учитывая впервые выявлений тиреотоксикоз на фоне ДТЗ (уровень АТрТТГ) показано консервативное лечение, наблюдение у эндокринолога по м\ж, Контроль АТрТТГ, При рецидиве тиреотоксикоза решения вопроса об оперативном лечении.
5. Рек. невропатолога: седасен форте 1т 2р\д 1 мес, ницерголин 10 мг 2р\д 1 мес.
6. УЗИ щит. железы через 6мес контроль . Контр ТТГ, т4св в динамике 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: лазердисцизия на OS.
8. Конс. ревматолога по м\ж или ЗОКБ

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В