#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни №

##### Ф.И.О: Тристан Алина Игоревна

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Мелитополь ул. Дружбы 220-92

Место работы: КП «Водоканал» оператор сливной станции

Находился на лечении с 21.04.17 по 04.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб Ш ст, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Метаболическая кардиомиопатия, фибрилляция предсердий, СН II А. ф. кл II. Эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза. Миопия слабой степени ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Вегетативная дисфункция астеноневротический с-м.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, раздражительность, психо-эмоциональную лабильность, головные боли, прибавку веса на 10 кг за год, учащенное сердцебиение при нагрузке, чувство перебоев в работе сердца, общую слабость ,утомляемость.

Краткий анамнез: ДТЗ страдает с 2009 неоднократно, курсами принимал тиреостатики по схеме. В 2010 стац лечение в ОКЭД. Ухудшение состояния с 03.2017 Т4св – 45 (11,5-22,7), ТТГ < 0.010 (0.4-4.2), АТТПО > 10000 от 16.03.17. С 25.03.2017 принимает тирозол 10 мг 1т 3р\д. Давность нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий указать не может. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции тиреостатической терапии, решение вопроса о дальнейшей тактики лечения больной..

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 24.04 | 152 | 4,6 | 7,2 | 11 | 1 | 2 | 65 | 30 | 2 |
| 27.04 | 158 | 4,7 | 8,0 | 5 | 4 | 0 | 60 | 29 | 7 |
| 04.05 |  |  | 6,8 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 24.04 | 149 | 5,3 | 1,31 | 1,55 | 3,15 | 2,4 | 3,,6 | 70,4 | 10,2 | 2,5 | 5,2 | 0,18 | 0,41 |

24.04.17 АТр ТГ – 30,41

28.04.17Св.Т4 - 5,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

28.04.17 К – 4,43 ; Nа –145 Са - 2,26 ммоль/л

##### 25.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл.

|  |  |
| --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 |
| 24.04 | 5,0 |

04.05.17Невропатолог: Вегетативная дисфункция астеноневротический с-м.

26.04.17Окулист: экзофтальм (ОД<OS) слева (+) с-м грефе, гл. щели смыкаются, движение гл яблок в полном объеме, н/веки уплотнены. ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умерено извиты, вены полнокровны, в Макуле без особенностей. Д-з: Эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза

21.04.17 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия. Гипертрофия левого желудочка.

24.04.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия. Эл ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

21.04.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, фибрилляция предсердий. СН II А. ф. кл II

Рек. кардиолога: добигартран 110 мг 2р\д или варфарин 2,5-5 мг под контролем МНО ( целевой показатель 2,0) бисопролол 10 мг утром, верошпирон 25 мг 1р\д, Контроль АД, ЭКГ

24.04.17 осмотр Вильхового С.О: диагноз см. выше

24.04.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =29,3 см3; лев. д. V =18,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим кол-вом мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, персен, бисопролол, кардиомагнил, тиотриазолин, верошпирон.

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, тиреотоксикоз в настоящее время медикаментозно компенсирован. АД 130/70 мм рт. ст. ЧС 80 уд/мин. Учитывая длительность заболевания, тяжелые осложнения диффузного токсического зоба (метаболическая кардиомиопатия, фибрилляция предсердий), уровень АТрТТГ, рекомендации хирурга-эндокринолоа, пациентке показано оперативное лечение в плановом порядке. В настоящее время от перевода в отд эндокринной хирургии КУ ЗОКБ категорически отказывается (планирует оперативное лечение по поводу ДТЗ в г. Киеве). С больной проведена разъяснительная беседа о необходимости проведения оперативного лечения.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 10мг утром + 10 мг в обед + 5 мг веч. . с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей (оперативного лечения).
3. Рек. невропатолога: адаптол 500 мг на ночь 1 мес.
4. УЗИ щит. железы 1р. в 6-12 мес . Контр ТТГ, т4св в динамике .
5. Рек. хирурга-эндокринлога: оперативное лечение в плановом порядке в отд трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ
6. Б/л серия. АГВ № 235797 с 21.04.17 по 04.05.17. к труду 05.05.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Соловьюк Е.А

Нач. мед. Карпенко И.В.