#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 623

##### Ф.И.О: Дятлова Вера Ивановна

Год рождения: 1981

Место жительства: Михайловский р-н, с Роздол ,ул Козарика, 134

Место работы: н/р

Находился на лечении с 25.04.17 по 05.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб Ш ст, средней тяжести, ст. декомпенсации Эндокринная офтальмопатия ср. степени активная фаза. Астено-невротический с-м.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, дрожь теле, потливость, психо-эмоциональную лабильность, общую слабость, утомляемость, повышение АД до 160/90, учащенное сердцебиение, слезотечение, ассиметричное расположение глаз, экзофтальм

Краткий анамнез: Впервые жалобы с 06.2016 в виде офтальмопатии, нарушение менструального цикла. 20.10.16 обратилась к эндокринологу. 20.10.16 ТТГ – 0,05 (0,2-4,2) Т3собщ – 320 (84,0-172,0) Т4 общ – 237,0 (58-161) диагностирован диф. токсический зоб. Назначен прием мерказолила 30 мг/сут (принимает непрерывно), В наст. время принимает: мерказолил 5 мг 1½ т\сут, бисопролол 5 мг 1р/д, адаптол 500 мг 1р\д эндокринная офтальмопатия с 06.2016. 15.04.17 Т4св – 14,5 (11,5-22,7) Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции тиреостатической терапии, решение вопроса дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 26.4 | 155 | 4,6 | 4,6 | 5 | 2 | 1 | 66 | 29 | 2 |
| 03.05 | 142 | 4,3 | 5,6 | 3 | 2 | 4 | 54 | 36 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.04 | 114,6 | 4,7 | 1,3 | 0,92 | 3,1 | 4,2 | 3,3 | 60 | 12,2 | 3,2 | 1,21 | 0,14 | 0,58 |

26.04.17Св.Т4 - 15,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - 34,3 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО –95,0 (0-30) МЕ/мл

26.04.14АтрТТГ – 14,65

28.04.17 К –4,0 ; Nа –141,0 Са 1,7

### 26.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. -ед в п/зр

|  |  |
| --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 |
| 26.04.17 | 4,1 |

26.04.17Невропатолог: астеноневротический с-м.

03.05.17Окулист: ОИ экзофтальм выражение ОД<OS. С-м Грефе, пигментация век, мягкий отек век, умеренная гиперемия .Расположение глазных яблок ассиметрично. ОД ниже ,ОS выше Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. гр четки а: 1:2 вены полнокровны расширены. В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офтальмопатия ср. степени активная фаза. В настоящее время в проведение пульс терапии не нуждается т.к. планируется оперативное лечение .

26.04.17 ЭКГ: ЧСС 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада срединного разветвления ЛНПГ.

03.05.17 ЭКГ: ЧСС 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

28.04.17 Осмотр км.н. Вильхового . Диагноз см. выше.

25.04.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,3 см3; лев. д. V = 10,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровны. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная, В режиме ЦДК гиперваскуляризация. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: мерказолил, тиотриазолин ,адаптол, бисопролол , эутирокс,

Состояние больного при выписке: уменьшилась дрожь в теле ,потливость ,психоэмоциональная лабильность ,тиреотоксикоз в настоящее время медикаментозно компенсирован. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т.утром,1 табл в обед,1 табл .веч. с послед. снижением дозы на 5 мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей
3. Эутирокс 25 мкг утром натощак -2недели ,затем 12,5 мкг утром натощак за 30 мин до еды 2 недели с последующей отменой препарата.
4. Рекомендации хирурга-эндокринолога –учитывая наличие офтальмопатии ,уровень АТ к рец ТТГ показано оперативное лечение в плановом порядке в отделении трансплантологии и эндокринной хирургии КУ»ЗОКБ»
5. УЗИ щит. железы в 6-12 мес. Контр ТТГ,св Т4 в динамике.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В