#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 648

##### Ф.И.О: Стадник Лидия Сергеевна

Год рождения: 1952

Место жительства: Вольнянский р-н, г .Вольнянск ул. Пушкина15а

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 28.04.17 по 12.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст средней тяжести, впервые выявлений. Вторичная лейкопения. Ожирение Ш ст. (ИМТ 43,1 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1,с-м вестибулопатии. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ЖКБ, калькулезный холецистит. В стадии нестойкой ремиссии. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. H-pylory – отр СРК со склонность к поносам. Наружный геморрой Ш ст?

Жалобы при поступлении на дрожь в теле потливость, раздражительность, психоэмоциональную лабильность, боли в пояснице, головокружение, боли в сердце колющего характера, учащенное сердцебиение, повышение АД до 180/90 м рт ст. уменьшение веса на 20 кг за год, общую слабость, утомляемость, боли в пояснице.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния с лета 2016, за мед помощью не обращалась 24.04.17 - самостоятельно обратилась к уч. терапевту, назначены дообследования Т4св – 76,8 (11,5-22,7) ТТГ < 0,01) ( 0,4-4,0) АТТПО – 956,2 ( >50) Т4общ – 292,0 ( 58-161,0) лик гемоглобин – 5,6% ( 0,4-6,2) инсулин 8,64- 2,6-24,9) Для уточнения диагноза участковым терапевтом направлена эндокриндиспансер. 27.04.17 конс. эндокринологом ОКЭД. Диагностирован ДТЗ, назначено лечение тирозол 10 мг 1т 3р\д, бисопролол 5 мг 3р\д, трифас 10 мг утром, в настоящее время принимает трифас 10 мг 1р\д. Гипертоническая болезнь в течение 20 лет, принимает эналаприл 10 мг 2р\д, страдает бронхиальной астмой. 03.2016 конс. аллергологом - бронхиальная астма, лёгкое персистирующее течение, неконтролируемое. В наст. время принимает: венталин при приступе. Консультирована гематологом 28.04.17 учитывая лейкопению ( по данным направления рай эндокринолога), даны рекомендации по дообследованию 24.04.17 Нв 118 лей – 2,9 СОЭ 27. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 28.04 |  |  | 3,1 | 19 |  |  |  |  |  |
| 30.04 | 113 | 3,4 | 2,9 | 25 | 4 |  | 36 | 46 | 14 |
| 03.05 | 120 | 3,6 | 5,6 | 39 | 1 | 2 | 78 | 13 | 5 |
| 04.05 | 131 | 3,9 | 2,7 | 22 | 4 |  | 63 | 25 | 8 |
| 05.05 |  |  | 2,8 | 10 |  |  | 56 | 31 | 13 |
| 10.05 | 135 | 4,1 | 4,2 | 36 |  | 4 | 38 | 52 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.05 | 94,5 | 3,5 | 1,17 | 1,24 | 1,7 | 1,8 | 5,9 | 79,2 | 10,8 | 2,7 | 1,1 | 0,53 | 0,49 |

03.05.17 А-амилаза – 30,3

05.05.17Св.Т4 - 47,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

05.05.17 К –4,1 ; Nа –140 Са - 2,32

### 05.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

|  |  |
| --- | --- |
| Гликемический профиль | 8.00 |
| 03.05.17 | 4,1 |

04.05.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1,с-м вестибулопатии.

04.05.17 Окулист: В хрусталике очаговое помутнения. ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды извиты, склерозированы. Вены полнокровны. С-м Салюс II – Ш. в макулярной области дистрофический очаг OS . На ОД выраженный депигментация. Д-з: Осложненная катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ ЦХРД посттромботическая, СНМ OS, ВМД сухая форма ОД.

26.04.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

04.05.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

10.05.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

11.05.17 хирург-эндокринолог: ДТЗ II ср. тяжести впервые выявлений. Метаболическая кардиомиопатия НС II ф. кл Ш

05.05.17 Гематолог: вторичная лейкопения (вероятнее всего связана с основной патологии со стороны щит. железы)

05.05.17 Хирург: Хронический панкреатит с нарушением экзокринной функции. ЖКБ хронический калькулезный холецистит вне обострения. Хронический гастродуоденит вне обострения,

12.05.17 Хирург: Наружный геморрой Ш ст? (от осмотра пациентка категорически отказалась)

05.05.17Гастроэнтеролог: ЖКБ, калькулезный холецистит. В стадии нестойкой ремиссии. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. H-pylory – отр СРК со склонность к поносам.

04.05.17 ФГДЭС недостаточность кардии. Эритематозная гастродуоденопатия.

04.05.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкремента в желчном пузыре.

03.05.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О Диагноз согласован

28.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,0 см3; лев. д. V =11,1 см3

Перешеек –0,31 см.

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

Лечение: мерказолил, меверин, гастронорм, преднизолон, омепразол, альмагель, панкреатин, атоксил, персен, вентолин, кардиомагнил, трифас, бисопролол, эналаприл, тиотриазолин, верошпирон.

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, сохраняется психоэмоциональная лабильность, раздражительность. 12.05.17 проведен контроль Т4св (в работе), пациентка нуждается в продолжении стац. лечения для компенсации тиреотоксикоза. В настоящее время от дальнейшего лечения категорически отказывается, настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупреждена. АД 130/70 ЧСС 90

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гематолога, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 1 табл в 7.00 после еды, 1 табл в 11.00 после еды , под контролем ОАК, (коррекция дозы преднизолона в зависимости от показателей ОАК - лечение лейкопении, с последующей плановой отменой). При нормализации общего ан.крови (лейк) и возможности удерживать данный показатель в пределах нормы- возможно уменьшение дозы преднизолона на 2,5 мг 1р\нед до полной отмены.
3. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. утром , 1т в обед , 1т веч, с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД через 1 нед, для решения вопроса дальнейшей тактики лечения больной. При согласии больной возможна повторная госпитализация в эндодиспансер.
4. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р\д 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес.
5. Рек кардиолога: дообследование ЭХОКС, эналаприл 10 мг 2р\д, трифас 5 мг 1р\д.
6. Рек хирурга-эндокринолога: консервативная тиреостатическая терапия. Наблюдения невропатолога. При рецидиве тиреотоксикоза решение вопроса об оперативном лечении. Определить уровень АТрТТГ.
7. Рек хирурга: св. релиф per rectum 2р/д, детралекс 2т 2р/д, при наличие кровянистых выделений аппликация амино-капроновой кислотой на область геморроидального узла, конс. проктолога для решения вопроса оперативного лечения (в настоящее время отказывается).
8. Конс. аллерголога, проктолога ЗОКБ или по м\ж (учитывая в анамнезе бронхиальную астму, хр. геморрой). В настоящее время отказывается
9. УЗИ щит. железы 1р. в 6-12 мес. Контр ТТГ, т4св в динамике
10. Рек. гастроэнтеролога: меверин 1к 2р\д за 20 мин до еды 10 дней, гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 2 нед, креон 25 тыс 1 т 3р/д 1 мес.
11. Рек. гематолога: Контроль ОАК 1р в 3 дня,

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В