#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1592

##### Ф.И.О: Колупаева Светлана Михайловна

Год рождения: 1964

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепропетровская ул. Комсомольская 17-59

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.11.17 по 27.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст средней тяжести ст. декомпенсации. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, церебрастенический с-м. Антипатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Киста левого яичника.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле потливость, психоэмоциональную лабильность, раздражительность, общую слабость ,утомляемость, ухудшение зрения, повышение Ад до 160 /80 мм рт ст.

Краткий анамнез: На "Д" учете у эндокринолога в течение 3 лет по поводу ДТЗ, неоднократно принимала тиреостатическую терапию короткими курсами 2-3мес.

02.07.13 Т4св - 22,2 ТТГ - 0,07 АТТПО - 282,2 ( 0-35) АТТГ - 204,0.

15.12.14 Т4св - 2,32 (0,78-1,94) ТТГ <0,1 (0,3-4,0)

02.12.16 Т4св- 36,3 (11,5-22,7) ТТГ < 0,01 (0,4-4,0)

27.10.17 Т3св - 6,99 (1,8-4,2) Т4св - 34,9 (11,5-22,7) ТТГ - 0,02 (0,4-4,0).

Конс. эндокринологом ОКЭД с 01.11.17 принимает тирозол 30 мг/сут.

06.11.17 Т4св - 36,9 (115-22,7) АТрец ТТГ -5,93(0-1,7) 09.11.17 ФГ ОГК слева в проекции корня дополнительная тень округлой формы с четкими ровными контурами до 2,5 см. 14.11.17 ФГЛ ЗОКБ № 108124 легкие и сердце без патологических изменений. Госпитализирована в ОКЭД для компенсации тиреотоксикоза, решения вопроса о дальнейшей тактики лечения.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.11 | 140 | 4,2 | 5,3 | 45 | 2 | 0 | 60 | 37 | 1 |
| 17.11 | 139 | 4,2 | 7,5 | 48 | 1 | 1 | 69 | 25 | 4 |
| 21.11 | 143 | 4,3 | 5,1 | 38 | 1 | 1 | 62 | 34 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.11 | 94 | 4,08 | 1,74 | 1,29 | 1,99 | 2,2 | 4,4 | 71,5 | 11,0 | 2,4 | 11,5 | 0,21 | 0,1 |

15.11.17 Св.Т4 - 24,0 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл

15.11.17 К – 4,55 ; Nа –137 Са++ -1,1 С1 - 104 ммоль/л

15.11.17 Коагулограмма: ПТИ – 96 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100% св. гепарин – 4

### 15.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

16.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -250 белок – отр

15.1.117 гликемия 4,7ммоль/л

15.11.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, церебрастенический с-м

17.11.17Окулист: VIS OD=0,6сф+1,0=1,0 OS=0,5сф +1,5=1,0 ; Факосклероз.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Слева легкая височная деколорация, артрофия хориоидеи. Границы четкие. А:V 1:2 артерии извиты, вены неравномерного калибра, не выраженный ангиослкероз Д-з: Антипатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ

01.11.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.11.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.11.17 Хирург: на момент осмотра данных за хирургическую патологию нет

24.11.17 осмотр совместно с зав.отд Фещк ИА : диагноз согласован. В настоящее время показаний для оперативного лечения по поводу ДТЗ нет , учитывая нарушения схемы лечения тиреотоксикоза, прием тиреостатических препаратов короткими курсами по 2-3 мес с послед. перерывом.

22.11.17Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового С.О.: диагноз согласован.

01.11.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =13,9 см3; лев. д. V = 15,7 см3

Перешеек –0,9 см.

По сравнению с УЗИ от 08.2015 размеры железы увеличились. Контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая несколько неоднородная. В пр доле у заднего контура кольцевая структура 0,65 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, глицин, бисопролол, тиотриазолин.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гинеколога по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. утром + 2тв обед + 1 т веч с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей. С пациенткой проведена беседа о необходимости приема тиреостатической терапии по схеме, наблюдение у эндокринолога. При последующих рецидивах тиреотоксикоза, показано направление на оперативное лечение
3. Бисопролол 5 мг 1р/д под контролем АД, ЭКГ. Конс кардиолога по м/ж
4. Рек. невропатолога: бифрен 1т 3р/д 1 мес
5. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес. Контр ТТГ, Т4св через 2енед Повторная конс. эндокринолога ОКЭД.
6. Рек хирурга-эндокринолога: Учитывая длительность заболевания, наличие рецидивов, показано оперативное лечение в плановом порядке в отд. эндокринной хирургии ЗОКБ, ЭХОКС конс. кардиолога
7. Рек гинеколога: УЗИ ОМТ V датчиком, оперативное лечение в плановом порядке.
8. Конс. онколога ЗООД учитывая изменения по данным ФГЛ от 09.11.17
9. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача п ом/ж

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.