#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1328

##### Ф.И.О: Плетень Белла Комоевна

Год рождения: 1987

Место жительства: Веселовский р-н, пгт Веселое ул. Бобровых 27-9

Место работы: КУ «КМЦ» Веселовского сельсовета», директор

Находился на лечении с 26.09.17 по 23.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст. средней тяжести, впервые выявленный. Эндокринная офтальмопатия, легкой степени, неактивная фаза, с-м сухого глаза ОИ. СВД, астеноневротический с-м. Острая токсико-аллергическая реакция. Лейкопения связана с проводимой терапией основной патологии. Гипертоническая болезнь II стадии 1степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 2. острый фарингит.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, раздражительность, психоэмоциональная лабильность, общую слабость, утомляемость, выпячивание гл. яблок, головные боли, головокружения, учащенное сердцебиение, повышение АД до 220/100 мм рт ст, снижение веса на 13 кг за 2 года .

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились в 2016, за мед помощью не обращалась. 30.08.17. обратилась к эндокринологу по м/ж. ТТГ 0,013 ( 0,27-4,2), АТТПО – 107,9 ( 0-34) Т4св < 100 (12,0-22,0) 18.09.17конс эндокринологом ОКЭД, диагностирован диффузный токсический зоб, назначен прием тирозола 10 мг 1т 3р/д, принимает в настоящее время, бисопролол 5мг 1т 1р/д Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.09 | 142 | 4,3 | 3,0 | 28 | 1 | 0 | 54 | 43 | 2 |
| 02.10 | 136 | 4,1 | 2,5 | 16 | 1 | 0 | 51 | 45 | 3 |
| 05.10 | 135 | 4,1 | 3,8 | 16 | 1 | 0 | 70 | 28 | 1 |
| 10.10 | 135 | 4,1 | 2,8 | 24 | 2 | 1 | 62 | 32 | 4 |
| 19.10 | 135 | 4,0 | 3,3 | 25 | 1 | 0 | 50 | 45 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.09 | 77 | 3,7 | 1,56 | 1,46 | 1,58 | 1,53 | 2,9 | 87 | 18,0 | 3,9 | 3,6 | 0,79 | 0,36 |
| 13.10 |  |  |  |  |  |  | 5,8 | 87 | 9,8 | 2,2 | 3,8 | 0,24 | 0,35 |

27.09.17 Св.Т4 - 32,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

06.10.17 СвТ4 – 76,7 (10-25)

13.10.17 СвТ4 – 74,8 (10-25)

20.10.17 СвТ4 – 50,7 (10-25)

28.09.17 АТрТТГ – 14,9 ( 0-1,5).

04.10.17 Анализ крови на RW- отр

11.10.17 Коагулограмма: ПТИ – 93,8 %; фибр –2,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин –2

27.09.17 К –4,25 ; Nа –136,9 Са++ -1,09 С1 - 102 ммоль/л

11.10.17 К – 4,31 ; Nа –133 Са++ - 1,18С1 - 104 ммоль/л

### 27.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

27.09.17 глюкоза крови- 3,6 ммоль/л

12.10.17 глюкоза крови- 4,3 ммоль/л

28.09.17Невропатолог: СВД, астеноневротический с-м,

04.10.17 Окулист: VIS OD=0,1сф – 1,75=0,8 OS= 0,2сф – 1,0=0,5 ; ОИ экзофтальм. Гл щели не смыкаются, движение гл яблок в полном объеме, веки незначительно отечны, конъюнктива раздражена. Положительный с-м Грефе. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды умеренно сужены, извиты, В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офтальмопатия, легкой степени , неактивная фаза, с-м сухого глаза

27.09.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

04.10.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

10.10.17 Аллерголог: острая токсико-аллергическая реакция.

02.10.17 гематолог: Лейкопения связана с проводимой терапией основной патологии. Продолжить лечение и наблюдение у эндокринолога.

20.10.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 1степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 2.

06.10.17 ЛОР: острый фарингит.

18.10.17 конс проф. Завгородний СН: ДТЗ Ш ст., субкомпенсации. Эндокринная офтальмопатия. Показано оперативное лечение тиреоидэктомии.

17.10.17 Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового С.О.: диагноз см выше.

10.10.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

30.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,4 см3; лев. д. V =13,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузный изменения щит железы по типу АИТ.

13.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,4 см3; лев. д. V = 10,3 см3

Перешеек – 0,77см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, с мелкими кольцевыми структурами, с включениями фиброза. С обеих сторон мелкие гидрофильные участки : справа до 0,39см, слева 0,43 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы по типу АИТ.

Лечение: Тирозол, преднизолон, омепразол, тиотриазолин, валериана, бисопролол, анальгин, димедрол, папаверин, левофлоксацин, супрастин, дексаметазон, атоксил, миксер, мазь кутивейт, элеменаль.

Состояние больного при выписке: Учитывая осложнения на фоне проводимой тиреостатической терапии в виде лейкопении, размеры щит железы, уровень АТрТТГ, показано оперативное лечение по поводу ДТЗ, при субкомпенсации тиреотоксикоза. Субъективно пациентка отмечает улучшение состояния - уменьшились дрожь в теле потливость, раздражительность, экзофтальм, но сохраняется подъем Т4св обусловленного, очевидно, перенесенной вирусной инфекцией, во время данной госпитализации. Пациентка нуждается в продолжении стац лечения в терап. отд по м/ж с целью предоперационной подготовки. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70-75 уд/мин. Заполнена карта побочных действий на препарат левофлоксацин.

Рекомендовано:

1. Продолжить стац лечение в терап. отд по м/ж с целью предоперационной подготовки до нормализации гормонов щит железы. Перевод согласован.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гематолога, кардиолога по м\жит.
3. Преднизолон 5 мг 4 табл в 8.00, 4 табл в 11.00, дозу преднизолона постепенно уменьшать при компенсации тиреотоксикоза на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата, под контролем ОАК. Тирозол (мерказолил) 5мг 1т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до оперативного лечения. Контроль ТТГ, Т4св в динамике через 1-2 нед, при нормальных показателях направить на оперативное лечение в отд эндокринной хирургии ЗОКБ.
4. Контроль ОАК 1р/нед, учитывая лейкопению на фоне проводимой тиреостатической терапии.
5. Рек. невропатолога: бифрен 1т 3р/д 1 мес.
6. Рек хирурга-эндокринолога: оперативное лечение в отд трансплантологии и эндокринной хирургии после достижения субкомпенсации тиреотоксикоза .
7. Рек. кардиолога: бисопролол 5-10 мг 1р/д. Контроль АД, ЧСС, дообследование ЭХОКС
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АДГ № 6716 с 26.09.17 по 23.10.17. продолжает болеть

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В