#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1219

##### Ф.И.О: Семикина Наталья Васильевна

Год рождения: 1964

Место жительства: Новониколаевискй р-н, с. Терсянка ул. Мира 7

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 04.09.17 по 15.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II, средней тяжести, декомпенсация. С-м вегетативной дисфункции, астеноневротический с-м. Вторичная лейкопения. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 3

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, психоэмоциональная лабильность, головные боли, общую слабость, утомляемость,

Краткий анамнез: ДТЗ выявлен в 2010, неоднократно коротким курсами принимала мерказолил, 12.12.14 Т4св – 32,9 (10-25) ТТГ – 0,4 (0,3-4,0). С 2015 у эндокринолога не наблюдалась, тиреостатическую терапию не получала до 2016. В течение последнего года тирозол 5 мг 1р/д, не систематически.. 30.08.17самостоятельно обратилась на конс к эндокринологу ОКЭД с результатами дообследования Т4св -70,1 ( 11,5-22,3)ТТГ < 0,01 (0,4-4,0) АТТПО -1492,0 (0-100). С30.08.17 принимает тирозол 20 мг /сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза, решения вопроса дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.09 | 146 | 4,4 | 3,3 | 20 | 1 | 0 | 55 | 42 | 2 |
| 08.09 | 150 | 4,5 | 3,1 | 18 | 1 | 1 | 63 | 34 | 1 |
| 11.09 | 156 | 4,5 | 3,7 | 11 | 1 | 1 | 52 | 42 | 4 |
| 13.09 | 145 | 4,8 | 3,9 | 13 | 2 | 0 | 51 | 44 | 3 |
| 15.09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.09 |  | 3,0 | 1,6 | 1,0 | 1,27 | 2,0 | 4,8 | 55 | 9,8 | 2,4 | 1,89 | 0,18 | 0,13 |

06.09.17 АтрТТГ – 14,8

05.09.17 Анализ крови на RW- отр

08.09.17Св.Т4 - 21,0 (10-25) ммоль/л;

14.09.17Св.Т4 - 19,4 (10-25) ммоль/л;

11.09.17 Коагулограмма: ПТИ – 100 %; фибр –2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4

### 05.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

08.09.17 ОГТ с 75 гр глюкозы натощак 4,6 ммоль/л через 2 часа 3,8 ммоль/л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.08 | 6,6 |  |  |  |  |
| 07.07 | 4,9 | 4,8 | 4,5 | 4,8 |  |
|  |  |  |  |  |  |

05.09.17Невропатолог: СВД, астеноневротический с-м,

05.09.17Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0ОИ – веи отечные. Движение гл. яблок в полном объёме, конъюнктива слегка раздражена. Факосклероз. Гл. дно: А:V 1:2 обычного калибра , слегка извиты, вены уплотнены.

11.09.17 Гематолог: у больной вторичная лейкопения (связана с приемом специфической терапии).

30.08.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.09.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 3.

09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

15.09.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой 1 ст. лейомиоматоза матки.

12.09.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

12.09.17Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового С.О.: диагноз см выше.

07.09.17Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

30.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 22,4 см3; лев. д. V = 17,9 см3

По сравнению с УЗИ от 12.2014 размеры железы увеличились. Контуры фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

04.09.17 ФГ ОГК№ 6286 : без патологии

Лечение: тирозол, преднизолон, омепразол, мерказолил, персен, тиотриазолин, небивалол,

Состояние больного при выписке: Тиреотоксикоз в настоящее время медикаментозно субкомпенсирован. АД 130/70 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин. Учитывая длительность заболевания, размеры щит. железы, плохую приверженность пациентки к лечению, уровень АТрТТГ, лейкопению, на фоне приема тиреостатиков – пациентке показано оперативное лечение по поводу ДТЗ. В настоящее время от оперативного лечения категорически отказывается, о возможных осложнениях предупреждена.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гематолога по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 1 табл 1р/д утром после еды, ,дозу преднизолона постепенно уменьшать на 2,5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата ,под контролем ОАК, при возможности удерживать уровень лейкоцитов в пределах нормальных показателей. При тенденции к лейкопении повторная конс. эндокринолога ОКЭД для коррекции тиреостатической терапии.
3. Тирозол (мерказолил) 5мг 1т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД через 2-3 нед с результатами Т4св, ОАК.
4. Рек невропатолога: бифрен 1т 3р/д 1 мес.
5. Рек кардиолога: небивалол 2,5-5 м г1р/д, при недостаточном снижение АД к лечению добавить престариум 2,5-5 мг 1р/д.
6. Рек гематолога: дан совет по режиму и питанию.
7. Рек хирурга-эндокринолога: оперативное лечение в плановом порядке в отд трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ.
8. УЗИ щит. железы в динамике

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В