#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 380

##### Ф.И.О: Ерёменко Мария Александровна

Год рождения: 1998

Место жительства: г. Запорожье ул. Товарищеская 37-79

Место работы: ЗНТУ, студентка

Находился на лечении с 13.03.17 по 23.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузно-токсический зоб II ст, средней тяжести, ст. декомпенсации. Эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза. Астеноневротический с-м. Нарушение менструального цикла. Тиреостатическая болезнь сердца, синусовая тахикардия СН 1. САГ 1 ст.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, психоэмоциональная лабильность, одышка при физ нагрузке. слабость, утомляемость, повышение Ад до 145/90 уд\мин, учащенное сердцебиение..

Краткий анамнез: Тиреотоксикоз впервые выявлен в 2012, принимала тирозол по схеме. В 2013 в связи с компенсацией тиреотоксикоза препарат был отменен. Через 6 мес. отметила ухудшение состояния – рецидив ДТЗ, проходила курс лечения в энд отд ОДБ, возобновлен прием тирозола (принимала по схеме в течение 2х лет), в течение года тиреостатики не получает , со слов больной систематически контролировала гормоны щит. железы, которые находились в пределах нормы. Ухудшение состояния в течение 2х мес. 11.2016 Т3св – 4,66 ( 1,8-4,2) Т4св – 15,3 (11,5 – 22,7) ТТГ – 0,17 ( 0,4-4,0) АТТПО – 187,0 ( 0-35), 20.02.17 АТрТГ – 4,49 ( 0-1,75) Т4св – 68,7 ( 12,0-22,0), конс. детским эндокринологом, возобновлен прием тирозола. В настоящее время принимает тирозол 10мг 1т 3р\д, глицин по 1т 3-4р/д, бисопролол 2,5 м\сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза, решения вопроса о дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

14.03.17 Общ. ан. крови Нв –132 г/л эритр –4,0 лейк –5,1 СОЭ –11 мм/час

э- 0% п-0 % с- 67% л- 29% м- 4%

20.03.17 Общ. ан. крови Нв –121 г/л эритр – 3,6 лейк – 4,2СОЭ –11 мм/час

э-1 % п- 1% с- 62% л- 34 % м-2 %

14.03.17 Биохимия: СКФ –108,3 мл./мин., хол –3,5 тригл -1,23 ХСЛПВП – 1,52 ХСЛПНП -1,42 Катер -1,3 мочевина – 5,7 креатинин –62,7 бил общ – 10,5 бил пр – 2,6 тим – 2,4 АСТ –0,25 АЛТ –0,51 ммоль/л;

17.03.17 К – 4,83 ; Nа –141,9 Са++ -1,14 С1 – 99,6 ммоль/л

17.03.17 Св.Т4 - 24,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

14.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

15.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 500 белок – отр

14.03.17 глюкоза крови – 5,0 ммль/л

14.03.17Невропатолог: астеноневротический с-м

14.03.17 Окулист: экзофтальм OS. конъюнктива слегка застойная «блеск в глазах», движение яблок в полном объеме, отека век нет. Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. С носовой и верхней стороны слегка размыты. А:V 1:2 В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза ОИ.

13.0.317ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ.

16.03.17Кардиолог: Тиреостатическая болезнь сердца, синусовая тахикардия СН 1. САГ 1 ст.

15.03.17Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

14.03.17Гинеколог: Нарушение менструального цикла

13.03.17 ФГ ОГК№ 103249: без патологии

14.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки гипоплазии тела матки 1 ст. диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

15.03.17 Осмотр к.м.н. Вильхового С.О: диагноз см. выше

13.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 18,7 см3; лев. д. V = 16,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, В режиме ЦДК - гиперваскуляризация. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, персен, тиотриазолин,

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, эмоциональная лабильность. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС80-85 уд/мин С-м Мари ±. 17.03.17 Св.Т4 - 24,2 (10-25) ммоль/л; Учитывая длительность заболевания, отсутствие стойкой компенсации, наличие рецидивов заболевания, размеры щит. железы, пациентке показано оперативное лечение в отд трансплантологии и энд. хирургии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до оперативного лечения
3. Рек. кардиолога: бисопролол 5-10 мг под контролем АД, ЧСС.. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Повторный осмотр кардиолога.
4. Рек. невропатолога: персен 1т 3р\д
5. Рек гинеколога: нормоцикл 1к 2р\д 3 мес.
6. Рек хирурга-эндокринолога: Учитывая длительность заболевания, отсутствие стойкой ремиссии, наличие рецидивов, отальмопатии, показано оперативное лечение в отд трансплантологии и энд. хирургии после достижение субкомпенсации тиретооксикоза, госпитализация в отд энд. хирургии 03.04.17.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св в динамике.
8. Рек. окулиста: «Д» наблюдение у окулиста по м\ж.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В