#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 133

##### Ф.И.О: Синицкая Елена Ивановна

Год рождения: 1969

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Михайловка ул. Молодежная 7-2

Место работы: КЗ «ЦПМСД» ВРС, Михайловская АЗПСМ, медсестра

Находился на лечении с 27.01.17 по 14.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Подострый тиреоидит, рецидив. Эндокринная офтальмопатия ОД. Дисметаболическая энцефалопатия 1, венозная дисгемия, с-м вестибулопатии, ДДПП шейного отдела позвоночника, грудного отдела позвоночника. С-м цервикалгия, торакалгии, протрузии С3-4, хроническое рецидивирующее течение. цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. СН1 .

Жалобы при поступлении на повышение Т тела до 38,5 °С , болезненность в области щит. железы, раздражительность, снижение веса на 2 кг за нед., повышение АД до 160/100, отеки лица, голеней в утренние время, учащенное сердцебиение, головные боли, головокружение, общую слабость, утомляемость, боли в коленных суставах.

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились 02.2016, консультирована эндокринологом, диагностирован подострый тиреоидит наблюдалась и лечилась у эндокринолога ОКЭД. С начала заболевания преднизолон 20 мг/сут, с постепенной коррекцией дозы. В спец. энд. отд не лечилась, с 10.2016 прием преднизолона отменила. Ухудшение состояния с 20.12.16, к эндокринологу не обращалась, самостоятельно принимала диклофенак. 24.01.17 конс. эндокринологом ОКЭД «Подострый тиреоидит, рецидив»12.01.17 ОАК Нв – 127 эрит – 4,2 лейк – 10,7 СОЭ 22 Л- 6 с-7. 24.01.17 по данным УЗИ щит. железы. Подострый (острый тиреоидит). 24.01.17 осмотрена хирургом-эндокринологом Вильховым С.О. ДЗ «Подострый тиреоидит, данных за острую гнойную патологию нет, оперативное лечение не показано» . С 24.01.17 принимает преднизолон 5 мг 2т 3р\д. диклофенак 1т 1р\д. В 2002 перенесла туберкулез почек. С 04.10.16 – 19.10.16 лечение в в центре аллергологии и клин. иммунологии с диагнозом С-м иммунной дисфункции. Аутоиммунный с-м: подострый тиреоидит стадия разрешения. Повышение АД с 2005, принимает лизиноприл 10 мг 1р\д, преднизолон 5 мг по 2табл 3р\д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации явлений подострого тиреоидита, коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

30.01.17 Общ. ан. крови Нв – 112 г/л эритр –3,5 лейк – 7,3 СОЭ – 30 мм/час

э- 1% п-1 % с- 52% л- 40% м- 6%

03.01.17 Общ. ан. крови Нв –127 г/л эритр –3,9 лейк –11,7 СОЭ – 9 мм/час

э- 0% п- 0% с- 54% л- 42 % м-4 %

06.02.17 Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр – 4,0 лейк –11,7 СОЭ – 9 мм/час

э-0 % п- 1% с- 60% л- 36% м- 3%

08.02.17 Общ. ан. крови Нв – 143 г/л эритр –4,3 лейк – 14,9 СОЭ – 18 мм/час

э- 1% п- 0% с-63 % л- 28 % м- 8%

13.01.17 Общ. ан. крови Нв – 124 г/л эритр – 3,7 лейк – 10,9СОЭ –5 мм/час

э- 0% п- 0% с- 62% л- 34 % м-4%

30.01.17 Биохимия: СКФ –68,8 мл./мин., хол –3,0 тригл 0,9- ХСЛПВП – 1,04ХСЛПНП -1,5 Катер -1,9 мочевина –2,4 креатинин – 79,2 бил общ – 9,0бил пр –2,2 тим – 2,5 АСТ – 0,19 АЛТ – 0,29 ммоль/л;

30.01.17 Анализ крови на RW- отр

02.02.17Св.Т4 - 17,9 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

06.01.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ –93 %; фибр –3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 106%; св. гепарин – 4

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

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

09.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

13.02.17 Суточная глюкозурия –отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 13.02.17 Микроальбуминурия – 17,4мг/сут

30.01.17 глюкоза – 4,5 ммоль/л

08.02.17 глюкоза – 4,1 ммоль/л

01.02.17Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, венозная дисгемия, с-м вестибулопатии, Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника, грудного отдела позвоночника. С-м цервикалгия, торакалгии, протрузии С3-4, хроническое рецидивирующее течение.

08.02.17Окулист:

ОД экзофтальм, движение глазных яблок в полном объеме, конвергенция сохранена, глазные щели смыкаются , отеков век нет. Оптические среды прозрачны. . Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды узкие, извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОД. В настоящее время в лечении офтальмологическом не нуждается.

27.01.7ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

30.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.02.17 ЛОР: патологии не выявлено.

08.02.17 Хирург-эндокринолог: подострый тиреоидит.

10.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст , функционального раздражения кишечника наличия кист в шейке,

28.01.17 ТАПБ: цитологическая картина пунктатов а и в (см. заключение) пр. доли щит. железы представлена коллоидной жидкостью. цитологическая картина пунктата б ( пр. доли щит. железы соответствует аутоиммунному тиреоидиту с пролиферацией фолликулярного эпителия.

31.01.2017 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше.

24.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 15,5см3; лев. д. V 5,3 см3

Перешеек – 0,95см.

Щит. железа увеличена, за счет правой доли, контуры ровные. Эхогенность паренхимы в целом обычная. Эхоструктура крупнозернистая, слева однородная В пр доле в с/3 гипоэхогенный участок с широким гидрофильным ободком 4,2\*2,1 см. справа визуализируется гипоэхоегнные узлы 1,27\*0,54 см. слева л/узлы до 0,4\*0,2 см. обычной эхоструктуры. Подострый (острый тиреоидит).

07.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2см3; лев. д. V = 4,3 см3

По сравнению с УЗИ от 24.01.17 размеры железы уменьшились контуры ровные, эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура слева однородная, в пр доле в в/3 гипоэхогенный участок с четкими контурами 1,93\*1,54 (очаги тиреотоксикоза). Регионарные л/узлы слева не визуализируются, справа до 0,5\*0,3 см. обычной эхоструктуры. Закл.: Подострый тиреоидит.

13.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1 см3; лев. д. V = 4,9см3

Перешеек –0,48 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы и эхоструктура слева обычные. В пр доел в/3 гипоэхогенный участок 2,0\*1,57см. регионарные л/узлы слева не визуализируется справа 0,6\*0,24 обычной эхоструктуры. Закл.: Подострый тиреоидит.

Лечение: преднизолон, персен, альмагель, лизиноприл, бисопролол, сермион, арлеверт, цефтриаксон, метрогил,

Состояние больного при выписке: Болезненность в обл щит. железы не беспокоит, отмечается положительная динамика по данным УЗИ щит. железы от 13.02.17. Т тела 36,3° . АД 130/70 мм рт. ст. 13.01.17 Общ. ан. крови лейк – 10,9 СОЭ –5 мм/час

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста, хирурга-эндокринолога, невропатолога по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 2 табл в 8.00, 2 табл в 11.00 ,дозу преднизолона постепенно уменьшать на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата ,под контролем ОАК
3. Контроль УЗИ щит. железы через 1 мес. после отмены преднизолона определить ТТГ, Т4св, кортизол крови. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД через 2 недели.
4. Рек хирурга эндокринолога: учитывая рецидивирующее течение подострого тиреоидита, отсутствие стойкого эффекта от консервативной терапии, данные ТАПБ ( пролиферация) показано оперативное лечение в плановом порядке в отд трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ.
5. Рек невропатолога: арлеверт по 1т 2р\д 1 мес, повторить ревмопробы.
6. Рек. кардиолога: престариум 5-10 мг веч., бисопролол 2,5 мг 1р\д.
7. Рек. окулиста: настоящее время в лечении офтальмологическом не нуждается.
8. Б/л серия. АГВ № 2356 с 27.01.17 по 14.02.17. к труду 15.02.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В