#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1290

##### Ф.И.О: Радомская Наталья Владимировна

Год рождения: 1977

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 25а- 208

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 04.10.18 по  17.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб 1 ст, средней тяжести, стадия декомпенсации, Метаболическая кардиомиопатия СНI.. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Поликистозная болезнь. ХБП, поликистоз почек. Поликистоз печени, гепатомегалия. Хронический холецистит. ДЖВП по гипомоторному типу. Хронический панкреатит , стадия нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле потливость, психоэмоциональную лабильность, раздражительность, утомляемость, повышение АД до 170/130 мм рт ст, увеличение веса на 6 кг за 6 м ес ухудшение памяти

Краткий анамнез: Наблюдается у эндокринолога с 2001 года по поводу диффузного эутиреоидного зоба. В 2014 ТТГ – 0,01 Т4св – 17,4 АТТПО – 20,0. 03.2017 конс эндокринологом ОКЭД ТТГ -0,01 Т4св – 4,3 ( 0,78-1,94) диагностирован тиреотоксикоз средней тяжести, рекомендовано приём эспа карба, принимала в течение 1 мес. с последующей самостоятельной отменой препарата. 06.2017 повторно рекомендовано прием тиреостатиков, принимала коротким курсом с последующей отменой препарата. Ранее от госпитализации в энд отд отказывалась, регулярно у эндокринолога не наблюдалась. 03.09.18 Т3св – 3,77 ( 1,8-4,2) Т4св – 31,8 ( 11,5-22,7) ТТГ -0,01 ( 0,4-4,0) направлена семейным врачом с целью проведения тиреостатической терапии в эндодиспансер.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.10 | 132 | 4,0 | 4,1 | 5 | |  | | 1 | 1 | 61 | 33 | | 4 | | |
| 10.10 | 131 | 3,9 | 3,9 | 8 | |  | | 1 | 0 | 73 | 22 | | 4 | | |
| 12.10 | 131 | 3,9 | 4,7 | 15 | |  | | 1 | 0 | 64 | 32 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.1 | 85 | 4,44 | 1,23 | 2,03 | 1,85 | | 1,2 | 9,0 | 85 | 30,4 | 5,2 | 4,6 | | 0,59 | 0,39 |
| 10.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 16,4 | 3,2 |  | |  |  |

05.10.18 АТрТТГ – 2,71МЕ/мл (0,001-1,5)ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Т4св – 2,24 нг/дл ( 0,78-1,94)

08.10.18 АЧТЧ – 28,7 МНО – 0,91 ПТИ – 108 ТВ – 14,5 фибр – 3,1

05.10.18 АТТГ – 26,4 АТТПО – 118,0 (0-30)

08.10.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

09.10.18 тропонин – отр

### 05.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

08.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

08.10.18 глюкоза крови –4,14 ммоль/л

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.10.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

09.10.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI. САГ 2 ст

02.10.18Нефролог: Поликистоз ХБП , поликистоз почек, артериальная гипертензия 2 ст. поликистоз печени

09.1.18 Гастроэнтеролог: Поликистоз печени, почек, гепатомегалия, хрочнеиский холецистит. ДГПЖ по гипомоторному типу. Хронический панкреатит стадия нестойкой ремиссии.

02.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 19,4 см3; лев. д. V = 12,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая. Неоднородная. В левой доле кольцевая структура 0,8 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

11.10.18 Осмотр хирурга эндокринолога к.м.н Вильхового С.О.: диагноз согласован.

Лечение: тирозол, персен, тиотриазолин, гептрал, бисопролол, предуктал MR, бетаргин, урсаност, смарт омега.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась дрожь в теле, потливость, АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70-75 уд/мин. С пациенткой проведена беседа о необходимости приема тиреостатическихз препаратов, наблюдение у эндокринолога по м/ж. Предупреждена о возможных осложнениях при несоблюдении рекомендаций

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога, нефролога по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 10мг 1т. \*2р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Персен 1т 3р/д 1 мес.
4. Рек кардиолога: бисопролол 2,5-5 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д
5. Рек. хирурга- эндокринолога Вильхового С.О. Учитывая низкий уровень АтрТТГ, отсутствия в анамнезе полноценной консервативной терапии показано динамическое наблюдение, тиреостатическая терапия, при рецидиве тиреоткосикоза решение вопроса об оперативном лечении.
6. Рек нефролога: диеста с ограничением повареной соли, избегать переохлаждения, тяжелого физического труда, контроль ОАК, ОАМ, показателей азотеми ив динамике, УЗИ МВС 1-2 р\год, адекватная противогипертензивная терапия.
7. Рек гастроэнтеролога: стол № 5, режим питания, бетаргин 1т 2р/д 1 мес, урсоност 300 мг 1т на ночь 1 мес, смарт-омега 1т 1р в обед 1 мес контроль УЗИ ОБП 2р/ год.
8. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД через 1 мес с результатами ТТГ, Т4св, печеночных проб, АСТ, АЛТ, с целью решения вопроса дальнейшей тактики лечения.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.