#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1164

##### Ф.И.О: Полякова Богдана Васильевна

Год рождения: 1988

Место жительства: Запорожье Н.Московская 5

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.09.13 по 30.09.13 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, средней тяжести, впервые выявленный. Эндокринная офтальмопатия ОИ. С-м вегетативной дисфункции на фоне ДТЗ. Астенический с-м.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, чувство сердцебиения, головные боли, головокружения, повышение АД до 150/60 мм.рт. ст, отеки голей.

Краткий анамнез: Вышеизложенные жалобы появились в течении года, обратилась за мед помощью в г. Киев. Назначено дообследование. ТТГ < 0,008 (0,4-4,0), Т4 Св > 20, Св Т4 6,26 (0,89-1,76), АТТПО 757,0 (<35) от 21.05.2013.УЗИ щит. железы от 22.01.13 Пр д. V = 25,6см3; лев. д. V = 11,1 см3 З-е: эхопризнаки диффузного зоба. В дальнейшем за мед помощью не обращалась. 12.09.13 самостоятельно обратилась в эндокриндиспансер, от госпитализации отказалась. 17.09.13 госпитализирована для лечения тиреотоксикоза и лечения хр. осложнений.

Данные лабораторных исследований.

19.09.13Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр – 4,3 лейк – 4,0 СОЭ – 32 мм/час

э-0 % п- 1% с- 62% л- 30 % м- 7%

27.09.13Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр – 3,9 лейк – 4,0 СОЭ – 27 мм/час

э-3 % п- 1% с- 59% л- 27 % м- 10%

19.09.13Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –5,2 тригл – 1,67ХСЛПВП -1,38 ХСЛПНП -3,06 Катер -2,77 мочевина –4,7 креатинин –62 бил общ – 12,4 бил пр –4,1 тим – 0,55 АСТ –0,51 АЛТ – 0,69 ммоль/л;

19.09.13К – 3,6 ; Nа –133 ммоль/л

20.9.13 Т4 св 102,6 (10-25) ТТГ -0,4 (0,3-4,0)

27.09.13 Т4 св – 39,5 (10-25)

### 19.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - мн; эпит. перех. -мн в п/зр

20.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

18.09.13 глюкоза крови 4,8

Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции на фоне ДТЗ. Астенический с-м

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

Глазные щели расширены. Экзофтальм ОИ. Подвижность глаз в полном объеме. Положительный с-м Грефе, Боткина, Кохера. Оптические среды и глазное дно без особенностей. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

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

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 37,8 см3; лев. д. V = 20,7 см3

Перешеек – 2,0см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные, Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько однородная, с обеих сторон в-ся лимфоузлы обычной эхоструктуры: справа до 1,33\*0,5 см, слева до 1,1\*1,42 см. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы Лимфаденопатия?.

Лечение: мерказолил, персен, бисопролол, рибоксин.

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, сердцебиение. АД 130/60 мм рт. ст. ЧСС 75-80

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Мерказолил (Тирозол) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Бисопролол 5 мг утром, с послед снижением дозы на 2,5 мг 1р\*нед до отмены препарата Контр. АД. ЧСС.
4. Конс кардиолога по м/ж (врач в отпуске)
5. УЗИ щит. железы 1р. в год.
6. Рек. окулиста Дексаметазон 0,1% 2к 3р/д в оба глаза.
7. Конс гематолога ОКБ, учитывая лимфоденопатию, по данным УЗИ (направление у больной на руках)
8. Персен 1 т 2р/д 3-4 нед.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.