ГОУ ВПО АГМА

КАФЕДРА: ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ С КУРСОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ВЫПОЛНИЛА: СТУДЕНТКА

ГР. ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

МИРИЕВА Н.М.

Г.АСТРАХАНЬ, 2010 Г.

1. Паспортная часть

ФИО:

Пол. Женский

Возраст: 28 лет

Постоянное место жительства: село Бирюковка, ул.Пианерская, дом 1, квартира 1.

Место работы: Володарский район, село Ахтерек.

Профессия: частный предприниматель в торговой сфере.

Дата и час поступления: 13/07/2010г. 11:45

Отделение: эндокринологии

Дата выписки:

Дата курации:14\09\10

. Диагноз

Диагноз направившего лечебного учреждения: диффузная токсическая струма 3-ей степени

Диагноз при поступлении: диффузная токсическая струма 2-го типа

Диагноз клинический: а) основное - диффузная токсическая струма 2-го типа, 2-й степени тяжести;

б) осложнение основного заболевания - тиреотоксикоз 2-го типа, эндокринная офтальмопатия;

в) осложнение-тахикардия, тиреотоксикоз 2-ой степени тяжести, офтальмопатия.

. Жалобы

Пациентка жалуется на мышечную слабость, быструю утомляемость, плаксивость, раздражительность, чувство давления, неприятное ощущение в области шеи, непереносимость тепла, дрожание конечностей и иногда всего тела, тахикардию, которая усиливается при физической нагрузке, сухость во рту, беспокойство, бессонница, сниженная работоспособность. Жалуется на утолщение в шее и пучеглазие, а так же на нарушение менструального цикла.

. Anamnes morbi

ФИО считает себя больной с 17-ти лет в 2002 году, тогда когда появилась сильная слабость и увеличение щитовидной железы. В 2006 г. лежала и лечилась в Правобережской больнице, когда появились первые признаки тиреотоксикоза, пила по назначению эндокринолога АМОКБ «Меркозалил» 2-3 таб.3 раза в день, принимала беспорядочно. Как только начинались рецидивы принимала препарат, как ей становилось лучше не принимала. В 2010 г обратилась к гинекологу по месту жительства по поводу нерегулярных месячных, была полностью обследована и направлена на госпитализацию в эндокринологическое отделение АМОКБ. Очень плохо стало в 2010 году, появился повторный рецидив, также беспокоить глаза (по словам больной - рези в глазах, светобоязнь, слезоточивость) в связи с чем и была госпитализирована в эндокринологическое отделение.

. Anamnes vitae

Родилась в полной семье, является единственным ребенком. Вскармливалась грудным материнским молоком. Отмечается нормальный рост и развитие в пубертатном периоде. Пошла в школу в 7 лет. Поступила в колледж 2001 году, в 2003 году поступила в АГТУ на филологический факультет и закончила его в 2009 году.

Семейно-половой анамнез: менструация началась в 13 лет, продолжительностью 4 дня, по словам пациентки всегда были нерегулярными. В настоящее время замужем. При всем желании детей нет.

Трудовой анамнез: Работать начала в 2001году. В данный момент работает частным торговым предпринимателем, рабочее помещение в норме, режим труда. Профессиональных вредностей нет.

Жилищные условия: 2-ух комнатный частный дом. Санитарно-гигиенические условия в быту в норме, дом со всеми удобствами.

Питание: нерегулярный, 4-6 раз в день, но небольшими порциями. В пищу употребляет все продукты кроме тех на которые имеется аллергия( на мед и свеклу).

Гигиена тела: соблюдает

Вредных привычек, по словам больной, нет.

Перенесенные заболевания: паротит в 4 года, болезнь Боткина в 6 лет. Перенесенные операции: гнойный аппендицит. Перенесенные инфекционные заболевания, венерические болезни, туберкулез, желтуха, СПИД отрицает. При операции на аппендицит была проведена гемотрансфузия в 2006г.

Аллергологический анамнез: присутствует непереносимость к таким пищевым продуктам как мед и свекла. Нет наличия аллергических реакций.

Наследственность: неотягощенная.

Страховой анамнез: имеет.

. Status presents

Состояние больного, на день курации, ясное, положение тела пассивное. Выражение лица возбужденное. Телосложение нормостеничекое, рост 153см, вес 60 кг. Осанка прямая, походка нормальная, устойчивая.

Температура на день курации 37,1.

Кожа: смуглая, влажная, эластичная, блестящая. Пигментация и депигментация не обнаружено. Высыпаний не обнаружено. Сосудистых изменений не обнаружено, кровоизлияния отсутствуют. Рубцы по срединной линии живота розового цвета, размером в 20 см, болезненности при пальпации не обнаружено. Раны отсутствуют. Язвы, пролежни, свищи, ожоги при осмотре и по словам пациентки нет.

Кожа влажная, эластичная, блестящая, смуглого цвета, оволосение по женскому типу. Ногти в норме.

Слизистая оболочка в норме, подкожно жировая клетчатка развита умеренно. Отеков не обнаружено.

При пальпации затылочных, околоушных, подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, локтевых, паховых, подколенных лимфатических узлов увеличения и болезненности не обнаружено.

. Опорно-двигательный аппарат

Конечности симметричные, в активном положении. Хорошо развитые мышцы, тонус сохранен. Мышечная сила снижена, болезненности при движении и пальпации нет.

Кости не деформированы, суставы нормальной конфигурации, боли отсутствуют. Позвоночник в норме.

. Система дыхания

Дыхание через нос свободное, ощущения сухости в носу нет.

Голос чистый, припухлость гортани.

Грудная клетка конической формы, надчревный угол - прямой, лопатки плотно прилегают к грудной клетке, ЧДД = 95. Преимущественно грудной тип дыхания, ритм правильный. Голосовое дрожание при пальпации ощущается. Перкуссия легких: звук легочный, можно определить границы легкого.

.верхняя граница легких (высота стояния верхушек) справа: 3-4 см спереди, сзади 7, поля Кренига 3-8 см; слева: спереди 3-4 см, сзади 7 см, поля Кренига 3-8 см.

.нижние границы легких по окологрудинной линии: справа: 5 мр, по среднеключичной линии 6 ребро, по передней подмышечной линии 7 ребро, по средней подмышечной линии 8 ребро, по задней подмышечной линии 9 ребро, по лопаточной линии 10 ребро, по околопозвоночной линии - остистый отросток 11 грудного позвонка. Слева: по средней подмышечной линии 8 ребро, по задней подмышечной линии 9 ребро, по лопаточной линии 10 ребро, по околопозвоночной линии - остистый отросток 11 грудного позвонка.

. Дыхательная экскурсия нижнего края легкого справа: по среднеключичной линии 4-6 см, по средней подмышечной линии 6-8 см, по лопаточной 4-6 см; слева: по средней подмышечной линии 6-8 см, по лопаточной 4-6 см.

Подвижность нижних краев легких (см)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографич. линия | правого | Левого |
|  | вдох | выдох | суммар | вдох | выдох | суммар |
| среднеключ | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| среднеподмыш | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Ширина полей Кренига слева и справа по 5 см. Ритм дыхания правильный.

. Сердечно сосудистая система

При осмотре головы, конечностей, наблюдается нормальная пульсация артерий, сосуды не извитые, мягкие, но при пальпации шеи, учитывая наличие диффузного токсического зоба, сосуды прощупываются с хрустящим звуком, особенно в левой доле щитовидной железы. «Пляски каротид» не наблюдается. Пульс на височных, сонных, подмышечных, плечевых, лучевых, бедренных, подколенных и артериях голени и стопы ритмичный, нормального наполнения, не напряженный. PS=72 удара в минуту.

Венный пульс отрицательный, вены конечностей, грудной клетки, брюшной стенки не расширены. Пальпаторно: верхушечный толчок определяется на уровне 5 мр, на 1 см к нутри от левой срединно-ключичной линии, умеренной силы. Сердечный толчок отсутствует.

Перкуторно: границы относительной и абсолютной тупости сердца в норме. Границы относительной тупости сердца: верхняя - 3 межреберье по левому краю грудины на уровню четвертого межреберья, левая- на 1-2 см кнутри от границы относительной тупости сердца, верхняя - четвертое межреберье.

Поперечник относительной тупости - 12см. длинник - 17 см. Конфигурация сердца нормальная. Границы относительной тупости: правая граница определяется на уровне четвертого межреберья по краю на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая располагается на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя граница соответствует нижнему краю 3-го ребра или третьему межреберью. Ширина сосудистого пучка соответствует краям грудины.

Аускультация сердца: тоны ясные, ритм правильный, тембр мягкий. Артериальное давление 120/70 мм.рт.ст.

. Система пищеварения

Цвет губ темно розовый, трещин нет, слизистая в норме, десны без изменений. Зубы коренные. Язык влажный, зев физиологической окраски, миндалины не увеличены, глотка нормальной окраски. Живот нормальной конфигурации, не участвует в дыхательном процессе. При пальпации мягкий, безболезненный, тонус брюшных мышц нормальный.

Физиологические методы исследования:

. При тихой перкуссии живота нижние границы желудка определяются и безболезненны.

. Шум плеска слышен, т.к. пациентка пила чай.

. Пальпаторно болезненности в подложечной области не наблюдается, раздражений брюшины нет,

. С помощью глубокой пальпации по месту В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско не пальпируется величина на форма прощупываемой части желудка, прощупывается только большая кривизна желудка, которая располагается по обе стороны по средней линии тела, на 3-4 см выше пупка, в виде валика, лежащего на позвоночнике и по бокам от него.

. Аускультация нижней границы желудка определяется.

Желчный пузырь в норме. Селезенка не пальпируется. При перкуссии находится между 9-11 ребром, длинник=7 см, поперечник=5 см.

Печень мягкая,при пальпации безболезненна, гладкая, край острый. Размеры по Курлову: 9 см,8см,7,5см. Пальпация кишечника безболезненна, стул регулярный 1-2 раза в день, безболезненна. Стул регулярный, по словам пациентки без примесей крови и слизи.

Глубокая пальпация восходящей, ободочной, нисходящей сигмовидной кишки безболезненны.

. Мочевыделительная система

При осмотре области почек патологических изменений не обнаружено, почки не пальпируются. Частое мочеиспускание, 4 раза и больше, безболезненно. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна. Перкуссия мочевого пузыря безболезненна, не выступает над лобком. Вторичные половые признаки развиты по женскому типу. Наружные половые органы без изменений.

диффузный токсическая струм тиреотоксикоз

12. Эндокринная система

Рост 153см, масса тела 60 кг. Кожа смуглая, наблюдается симметричный экзофтальм (правый 21 мм, левый 23см). Глазные симптомы Кохера, Грефе, Мебиуса, Дельримпля положительные. Амимии лица нет, язык, нос, челюсть, ушные раковины, кисти рук и стоп без изменений. Ломкости ногтей нет. Слабый тремор пальцев в состоянии эутиреоза, тремора век не обнаружено, но не полное смыкание век.

Увеличение всей щитовидной железы, окружность шеи изменена на уровне щитовидной железы. Не смещается во время глотания. Узлов в щитовидной железе не обнаружено, болезненности при пальпации нет, присутствует слабая пульсация щитовидной железы.

. Нервная система

Асимметрии лица нет. Атрофии мышц, изменение походки, парезов нет. Слух в норме, вкус сохранен. Нарушений активности мимических мышц нет. Нарушений координации движений не отмечено.

Болевая, температурная, обонятельная чувствительность не нарушены. Реакция на свет прямая, содружественная.

. Предварительный диагноз

На основании жалоб, Anamnesis morbi, Anamnesis vitae и Status praesens выставлен предварительный диагноз - Диффузная токсическая струма II, тиреотоксикоз II.

15. План обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Анализ содержания глюкозы в крови.

ЭКГ

Биохимический анализ крови.

Эхокардиография.

. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г%; эритроциты 3,60 млн.в 1 мм2; цветовой показатель 0,9; лейкоциты 7,0 тыс в 1 мм2; нейтрофилы: палочкоядерные-1 % в 1 мм3, сегментоядерные - 67 % в 1 мм 3; эозинофилы 1% в 1 мм 3, лимфоциты 30 % в 1 мм 3, моноциты 1% в 1 мм 3, СОЭ - 4.

Биохимический анализ крови: крови билирубин общий 26,7мкмоль/л; билирубин прямой 6,0; тимоловая проба 4,4; общий белок 75 г/л, альбумин/глобулин 45/30; мочевина-5,1ммоль/л; креатинин-72,4ммоль/л;

Анализы мочи:цвет с/ж, прозрачность неполн, относительная плотность 1009, белок не обнаружен,глюкоза не обнаружена.

Содержание глюкозы в крови: глюкоза - 6,2 мл/л.

ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение оси сердца, зубцы в норме.

. Дифференциальная диагностика

Диагноз диффузного токсического зоба основывается на результатах клинического обследования и подтверждается лабораторными данными. Необходимо отметить, что нередко среди лиц, поступающих в отделения эндокринологии с диагнозом диффузная токсическая струма, выявляются больные с нейроциркуляторной дистонией. Если у больного с диффузным токсическим зобом кисть теплая и влажная, то у больного нейроциркуляторной дистонией - холодная, влажная от липкого пота, цианотичная.

Похудание может наблюдаться при обоих состояниях, однако при нейроциркуляторной дистонии, как правило, умеренное снижение веса сопровождается снижением аппетита, при диффузном токсическом зобе аппетит не только не снижен, но повышен. Несмотря на значительный прием пищи у больных диффузным токсическим зобом снижение веса прогрессирует. Кроме того тремор рук при нейроциркуляторной дистонии крупнее, усиливается при волевых движениях и исчезает при отвлечении внимания больного, чего не наблюдается при диффузном токсическом зобе. Наличие нейроциркуляторной дистонии подтверждает отсутствии тахикардии в покое, нормальное содержание тиреоидных гормонов. Повышение основного обмена до высоких цифр встречается при диффузном токсическом зобе, причем уровень холестерина в сыворотке крови у этих больных, как правило, снижен, тогда как при нейроциркуляторной дистонии как основной обмен, так и содержание холестерина в сыворотке крови в пределах нормы.

Учитывая сравнительно молодой возраст больных диффузным токсическим зобом и наличие осложнений со стороны сердца необходимо проводить дифференциальную диагностику с ревматическими пороками сердца и ревмокардитом. Больные с пороками сердца имеют характерный внешний вид( цианотичный румянец или выраженную бледность кожных покровов, также при аускультации у них можно выслушать хлюпающий тон у верхушки сердца, «ритм перепела».)не характерный для больного с тиреотоксикозом. Исключить ревматический порок сердца возможно на основании отсутствия объективных признаков при Эхокардиографическом исследовании и нормальном содержании в крови тиреоидных гормонов.

При дифференциальной диагностике диффузного токсического зоба и ревмокардита, последний имеет ряд отличительных признаков таких как- боли в суставах, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. ускоренное СОЭ, глухие тоны сердца, высокие титры антистрептолизина - О, антистрептокиназы, не свойственных Диффузному токсическому зобу. Кроме того ревматизму предшествует ранее перенесенная стрептококковая инфекция. При лабораторной диагностике уровень Т3 и Т4 у больных ревмокардитом в пределах нормы, тогда как при диффузном токсическом зобе повышен. При Диффузном токсическом зобе характерными ЭКГ - признаками являются повышение вольтажа зубцов, укорочение интервала P-Q, а при ревмокардите - снижение вольтажа зубцов, удлинение интервала P-Q.

. Окончательный диагноз

На основании:

- жалоб (мышечную слабость, быструю утомляемость, плаксивость, раздражительность, чувство давления, неприятное ощущение в области шеи, непереносимость тепла, дрожание конечностей и иногда всего тела, тахикардию, которая усиливается при физической нагрузке, сухость во рту, беспокойство, бессонница, сниженная работоспособность. Жалуется на утолщение в шее и пучеглазие, а так же на нарушение менструального цикла.)

- Anamnesis morbi: (считает себя больной с 17-ти лет в 2002 году, тогда когда появилась сильная слабость и увеличение щитовидной железы, до этого она не обращалась к врачу. В 2006 г. лежала и лечилась в Правобережской больнице. В 2010 г обратилась к гинекологу по месту жительства по поводу нерегулярных месячных, была полностью обследована и направлена на госпитализацию в эндокринологическое отделение АМОКБ.)

- Status praesens: (Выражение лица возбужденное. Телосложение нормостеничекое, рост 153см, вес 60 кг. Осанка прямая, походка нормальная, устойчивая.

Температура на день курации 37,1.

Кожа: смуглая, влажная, эластичная, блестящая. Пигментация и депигментация не обнаружено. Высыпаний не обнаружено. Сосудистых изменений не обнаружено, кровоизлияния отсутствуют. Рубцы по срединной линии живота розового цвета, размером в 20 см, болезненности при пальпации не обнаружено. Раны отсутствуют. Язвы, пролежни, свищи, ожоги при осмотре и по словам пациентки нет.

Кожа влажная, эластичная, блестящая, смуглого цвета, оволосение по женскому типу. Ногти в норме.

Слизистая оболочка в норме, подкожно жировая клетчатка развита умеренно. Отеков не обнаружено.

При пальпации затылочных, околоушных, подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, локтевых, паховых, подколенных лимфатических узлов увеличения и болезненности не обнаружено.)

Лабораторных и инструментальных данных: (Общий анализ крови: гемоглобин 117 г%; эритроциты 3,60 млн.в 1 мм2; цветовой показатель 0,9; лейкоциты 7,0 тыс в 1 мм2; нейтрофилы: палочкоядерные-1 % в 1 мм3, сегментоядерные - 67 % в 1 мм 3; эозинофилы 1% в 1 мм 3, лимфоциты 30 % в 1 мм 3, моноциты 1% в 1 мм 3, СОЭ - 4.

Биохимический анализ крови: крови билирубин общий 26,7мкмоль/л; билирубин прямой 6,0; тимоловая проба 4,4; общий белок 75 г/л, альбумин/глобулин 45/30; мочевина-5,1ммоль/л; креатинин-72,4ммоль/л;

Анализы мочи:цвет с/ж, прозрачность неполн, относительная плотность 1009, белок не обнаружен,глюкоза не обнаружена.

Содержание глюкозы в крови: глюкоза - 6,2 мл/л.

ЭКГ:ритм синусовый, нормальное положение оси сердца, зубцы в норме.)

Поставлен:

клинический диагноз:

а) основной - диффузная токсическая струма II; тиреотоксикоз II.

б) осложнения сопутствующего заболевания- тиреотоксикоз 2-го типа, эндокринная офтальмопатия;

в) осложнение-тахикардия, тиреотоксикоз 2-ой степени тяжести, эндокринная офтальмопатия.

. Лечение

Для лечения офтальмопатии «Кориерегель»

1. Rp: Ung. Koriengelli 30 ml. 4 раза в день, очковая коррекция.

«Амоксилин»

2. Rp. Amoxilini 1% - 5 мл

Dtd. № 10 in amp.

S. в\в + 15 мл физ.рас-ра.

Средство для лечения тиреотоксикоза:

1. Rp: Mercosalili 0,005 №50. По 2 таб 3 раза в день.

2. Rp: Thiamazoli 0,005 № 60

DS. По 1 таб 3 раза в день

3. Iodipuri 1,0

Kalii iodide 2,0.dest.ad. 20,0.D.S. по 2 капл. 3 раза в день после еды с молоком

4. Tab. Anaprilini 0,04 № 100

DS. По 1 таб 3 таб 3 раза в день

5. Rp. Tab. Fenazepami 0, 0005 № 50

D.S. по 1 таб. На ночь.

. Витамин В1 1,0 1раз в/м

Rp. Sol. Thiamini chloridi 5%- 1ml.t. d. № 10 in amp.

S. 1раз в/м.

. Витамин В6 1раз в/м

Rp. Pyridoxini 5%- 1ml.t. d. № 10 in amp.

S. 1раз в/м.

. Витамин В12 500мкг 1раз в/м.

Rp. Сyanocobalamini 1ml.t. d. № 10 in amp.. 1раз в/м.

. Дигоксин 0,25 мг утром per os. с понедельника - пятницу

Rp. Dygoxini 0,00025 № 30

D.S. 1 таб. per os. с понедельника - пятницу. Суббота, воскресение перерыв.

. Дневник

/09/10

Состояние активное, настроение хорошее. В сознании. Идет на контакт. На вопросы отвечает ясно. Температура 36,0. АД=120/70, пульс 72. ЧДД=20. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые оболочки бледно - розового цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумы отсутствуют. Стул и диурез в норме.

15/09/10

Состояние активное, настроение хорошее. В сознании. Идет на контакт. На вопросы отвечает ясно. Температура 36,8. АД=120/60, пульс 71. ЧДД=21. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые оболочки бледно - розового цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумы отсутствуют. Стул и диурез в норме.

16/09/10

Состояние активное, настроение хорошее. В сознании. Идет на контакт. На вопросы отвечает ясно. Температура 36,5. АД=120/70, пульс 73. ЧДД=22. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые оболочки бледно - розового цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумы отсутствуют. Стул и диурез в норме.

17/09/10

Состояние активное, настроение хорошее. В сознании. Идет на контакт. На вопросы отвечает ясно. Температура 36,8. АД=120/70, пульс 72. ЧДД=23. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые оболочки бледно - розового цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумы отсутствуют. Стул и диурез в норме.

/09/10

Состояние активное, настроение хорошее. В сознании. Идет на контакт. На вопросы отвечает ясно. Температура 36,0. АД=120/70, пульс 72. ЧДД=23. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые оболочки бледно - розового цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумы отсутствуют. Стул и диурез в норме.

. Эпикриз

Урахова З.Ж. 28 лет. Поступила в эндокринологическое отделение 13\09/10 году с жалобами жалуется на мышечную слабость, быструю утомляемость, плаксивость, раздражительность, чувство давления, неприятное ощущение в области шеи, непереносимость тепла, дрожание конечностей и иногда всего тела, тахикардию, которая усиливается при физической нагрузке, сухость во рту, беспокойство, бессонница, сниженная работоспособность. Жалуется на утолщение в шее и пучеглазие, а так же на нарушение менструального цикла.

На основании жалоб, анамнеза жизни и болезни, инструментальных и лабораторных методов исследования поставлен окончательный диагноз - диффузная токсическая струма II; тиреотоксикоз II, офтальмопатия.

На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось, восстановился ритм сердца и восстановилось эутиреоидное состояние.

Учитывая давность заболевания с 2006 года, учитывая то что консервативное лечение не давала положительных результатов, учитывая рост щитовидной железы, рецидив тиреотоксикоза, больной показано оперативное лечение субтотальное удаление щитовидной железы, и проводить заместительную терапию «L-тироксин», далее лечить офтальмопатию под постоянным присмотром офтальмолога.

Рекомендовано:

)Учитывая рецидив заболевания у больной, увеличенные размеры щитовидной железы (степень увеличения II), на фоне восстановления эутиреоидного состояния рекомендовано провести оперативное вмешательство.

) продолжить лечение мерказолилом на поддерживающей дозе.

) после операции обязательно осмотр у эндокринолога (с целью исключения послеоперационного гипотиреоза, заменительная).

Прогноз:

Для жизни - благоприятный.

Для выздоровления - сомнительный.

Для работы - благоприятный.