#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 837

##### Ф.И.О: Скрипка Артем Анатольевич

Год рождения: 1985

Место жительства: г. Энергодар ул. Юности 7/127

Место работы: ОП ЗАЭС ЭРП, слесарь

Находился на лечении с 12.07.16 по 29.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб Ш ст, средней тяжести, декомпенсация. Астено-невротический с-м. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. СН 1.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, сердцебиение, слабость утомляемость, снижение веса на 4 кг за год, дожь в теле, потливость, психоэмоциональную лабильность.

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились в 2012, походил стац лечение в энддиспансере (ТТГ< 0.01, Т4св – 45, АТТГ – 632) принимал мерказолил по схеме в течении 6 мес, в дальнейшем курсы приема тиреостатиков неоднократно (2-5 мес). У эндокринолога не наблюдался. Ухудшение состояния 11.2015, к эндокринологу не обращался. С 02.2016 самостоятельно принимал мерказолил нерегулярно, в течении последнего месяца мерказолил. не принимал. 07.07.16 Т4св – 67,4 (11,5-22,7) ТТГ < 0.01 ( 0.4-4.0), самостоятельно обратился к эндокринологу ОКЭД. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для побора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

13.07.16 Общ. ан. крови Нв – 159 г/л эритр –4,9 лейк –5,3 СОЭ –8 мм/час

э- 8% п- 0% с- 42% л- 38 % м- 12%

18.07.16 лейк – 5,2

27.07.16 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр –4,5 лейк 5,3– СОЭ –2 мм/час

э- 4% п- 0% с- 48% л-41 % м- 7%

13.07.16 Биохимия: СКФ –176,9 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,33 ХСЛПВП -1,58 ХСЛПНП -2,21 Катер -1,8 мочевина –3,2 креатинин –65 бил общ – 10,8 бил пр – 2,7 тим – 3,7АСТ – 0,31АЛТ – 0,32 ммоль/л;

27.07.16 партагормон – 31,4 (12,0-65,0) Т4св – 22,9 (11,5-22,7)

15.07.16 АТрТТГ – 10,53 МЕ/мл

13.07.16 Анализ крови на RW- отр

15.07.16 К – 4,3 ; Nа – 141 ммоль/л

### 13.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –8-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ум эпит. перех. - вед п/зр

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

|  |  |
| --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 |
| 13.07 | 5,1 |

11.07.16Невропатолог: Астеноневротический с-м.

12.07.16Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0. Д-з: Оптические среды и глазное дно без особенностей .

27.07.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Нарушение процесса реполяризации верхушечно-бокового отдела.

14.07.16Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. СН 1.

29.07.16 ЛОР: патологии не выявлено.

26.07.16 ФГДЭС: Эритематозная гастропатия. Дуодено-гастральный рефлюкс.

20.07.16 осмотр зав. отд. транспанлатологии и эндокринной хирургии: ДТЗ, тяжелое течение, декомпенсация. Рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке после подготовки в условиях эндодиспансера.

28.07.16 и/о зав. отд. транспанлатологии и эндокринной хирургии: показано оперативное вмешательство – тиреоидэктомия в плановом порядке – сентябрь 2016.

03.05.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 27,0см3; лев. д. V = 19,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура умеренно не однородная. Регионарные л/узлы визуализируются справа до 0,64 слева до 0,61.. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы по типу ДТЗ.

Лечение: мерказолил, бифрен, бисопролол, тиотриазолин.

Состояние больного при выписке: Тиреотоксикоз компенсирован, уменьшились слабость, утомляемость. АД 120/80 мм рт. ст.

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 поддерживающей.
3. Рек. кардиолога: бисопролол 5-10 мг 1р\д.. Контроль АД, ЭКГ.
4. Рек. невропатолога: бифрен 1т 2р\д 1 мес.
5. Контроль ТТГ, Т4св ч/з месяц с последующей коррекцией дозы. УЗИ щит. железы ч/з 6 мес .
6. Рек эндокринного хирурга см. выше.
7. Б/л серия. АГВ № 235361 с 12.07.16 по 29.07.16. К труду 30.07.16.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.