#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1199

##### Ф.И.О: Игнатюк Александр Анатольевич

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Г Сталинграда 14-130

Место работы: не работает.

Находился на лечении с 30.08.17 по 15.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб III, средней тяжести впервые выявленный. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, неактивная фаза. Гиперметрический астигматизм, амблиопия OS .Тиреотоксическая болезнь сердца AV блокада I ст. СВД, астено-невротический с-м.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, психоэмоционалную лабильность, раздражительность, снижение веса на 7 кг за год, головные боли, учащенное сердцебиение,

Краткий анамнез: ухудшение состояния в течение года, за мед помощью обратился 16.08.17. Т4св – 85,1 ( 11,5-22,7). ТТГ -0,02 ( 0,4-4,0) АТТПО – 1395 (0-35), 23.08.17. АТрТТГ > 40,0 (0-1,5) консультирована эндокринологом по м/ж –диагностирован ДТЗ.. С 25.08.17 принимает тирозол 10 м г1т 3р/д, бисопролол 5 мг 1р/д Госпитализирована в эндодиспансер с целью компенсации тиреотоксикоза

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 31.08 | 144 | 4,3 | 3,7 | 7 | 1 | 2 | 70 | 24 | 3 |
| 04.09 | 162 | 5,0 | 5,0 | 5 | 1 | 0 | 69 | 28 | 2 |
| 08.09 | 166 | 5,0 | 3,3 | 4 | 2 | 0 | 72 | 23 | 3 |
| 11.09 |  |  | 3,1 |  |  |  |  |  |  |
| 13.09 |  |  | 4,9 | 4 | 0 | 0 | 65 | 32 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.08 | 145 | 3,3 | 1,43 | 0,84 | 1,81 | 2,93 | 2,9 | 72 | 32,0 | 6,6 | 2,3 | 0,36 | 0,23 |
| 05.09 |  |  |  |  |  |  |  |  | 22,6 | 5,3 | 2,2 | 0,14 | 0,12 |

06.06.17 Анализ крови на RW- отр

14.09.17 Т4св – 10,4 ( 11,2-22,5).

31.08.17 К –4,51 ; Nа – 143,7 Са++ - 1,18С1 - 101 ммоль/л

### 31.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

04.09.17 глюкоза крови – 4,1 ммоль/л

31.08.17Невропатолог: СВД, астено-невротический с-м.

30.08.17Окулист: ОИ экзофтальм 1 ст, движение в полном объеме, конъюнктива легка раздражена, веки смыкаются, оптически среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды умеренно извиты, вены полнокровны. В макуле без особенностей. ДЗ: Эндокринная офтальмопатия легкой степени, неактивная фаза. Гиперметропчиеский астигматизм OS .

30.08.17ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия . Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст

04.09.17ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст С-м ранней реполяризации желудочков

04.09.17Кардиолог: Тиреостатическая болезнь сердца АВ блокада 1 ст. СН 0-1.

06.09.17 ЭХОКС: Увеличение полости ЛЖ. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется, Сократительная способность миокарда в норме.

12.09.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

12.09.17 Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового С.О.: диагноз см выше.

11.09.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

13.09.17 осмотр проф. Завгороднего С.Н: показано плановое оперативное лечение в объёме тиреоидэктомия в условиях хирургического отделения.

28.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =21,9 см3; лев. д. V =19,5 см3

Щит. железа расположена в типичном месте ,увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, со средним кол-вом тонких прослоек фиброза. Сосудистый рисунок паренхимы в режиме ЦДК не усилен. . Регионарные л/узлы визуализируются с обеих сторон до 0,89 см. . Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, персен, бисопролол, тиотризолин, мерказолил, эссенциале, преднизолон,

Состояние больного при выписке: Тиреотоксикоз в настоящее время медикаментозно субкомпенсирован. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 70-80 уд/мин. Учитывая уровень АТрТТГ, лейкопению на фоне приема тиреостатиков, размеры щит железы пациенту показано оперативное лечение по поводу ДТЗ.

.

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение в отд. эндокринной хирургии КУ ЗОКБ . (согласовано на 19-20.09.17)
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гематолога по м\жит.
3. Преднизолон 5 мг 1 табл в 8.00 + 1т в 11.00 утром после еды, дозу преднизолона постепенно уменьшать на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата (оперативного лечения), под контролем ОАК, при возможности удерживать уровень лейкоцитов крови.
4. Тирозол (мерказолил) 5мг 1т. \*3р/д. с послед. снижением дозы при показаниях на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до оперативного лечения.
5. Рек невропатолога: бифрен 1т 3р/д 1 мес.
6. Рек кардиолога: бисопролол 2,5 мг 1р/д АТФ лонг 20 мг 3р/д 2-3 нед. эналаприл 5-10 мг 2р/д Контроль АД, ЭКГ.
7. Рек нефролога: канефрон 2т 3р/д 1 мес 3-4 курса в год.
8. Рек гематолога: дан совет по режиму и питанию.
9. Рек хирурга-эндокринолога: оперативное лечение в плановом порядке в отд трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ.
10. Рек проф. проф. Завгороднего С.Н: показано плановое оперативное лечение в объёме тиреоидэктомия в условиях 1-го хирургического отделения.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В