#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1012

##### Ф.И.О: Диденко Сергей Анатольевич

Год рождения: 1981

Место жительства: Акимовский р-н, с. Соленое ул. Юбилейная 6-21

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.07.17 по 28.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, средней тяжести впервые выявлений. НЦД по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на головные боли, снижение веса на 12 кг за 3 мес, слабость, утомляемость, дрожь в теле, потливость, психо-эмоциональную лабильность, боли онемение н/к.

Краткий анамнез: ухудшении состоянии в течение 3 мес, 03.07.17 обратился к семейному врачу по поводу остеохондроза, назначены дообследования. 11.07.17 Са – 2, 45, ТТГ – 0,02 (0,4-4,0) Т3св- 321,0 (84,0-172,0 ) Т4св – 190,0 ( 58,0-161) АТТГ – 77,9 ( 0-40) АТТПО – 1295,0 ( 0-35). 12.07.17 УЗИ щит железы: Эхопризнаки диф. увеличения щит. железы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для лечение тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 17.07 | 151 | 4,5 | 4,5 | 2 | 1 | 1 | 51 | 42 | 5 |
| 20.07 |  |  | 7,3 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.07 | 120 | 4,41 | 1,36 | 1,29 | 2,49 | 3,2 | 69,3 | 11,4 | 2,9 | 1,6 | 0,15 | 0,2 | 0,2 |

17.07.17 АТрТТГ – 6,19 МЕ/л

27.07.17 Т4св - 43,2 ( 11,5-22,7)

17.07.17 К – 4,07 ; Nа –138,7 Са -1,13 Са++ - С1 -106 ммоль/л

17.07.17 Коагулограмма: ПТИ – 88,2 %; фибр – г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин –

### 17.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

20.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.07 | 5,2 |  |  |  |  |
| 20.07 | 5,1 |  |  |  |  |

24.07.17Невропатолог: Данных за очаговую неврологическую патологи не выявлено.

18.07.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие, слегка извиты, стенки вен уплотнены, утолщены. В макулярной области без особенностей.

17.07.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

20.07.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

19.07.17ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность в норме.

27.07.17Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового О.С.: ДТЗ Ш ст средней тяжести впервые выявлен.

14.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 17,см3; лев. д. V =14,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: мерказолил, персен, тиотриазолин,

Состояние больного при выписке: Тиреотоксикоз субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Рек. кардиолога: фитосед 1к 4р\д 1 мес. контроль АД. ЧСС
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Рек. к.м.н хирурга эндокринолога Вильхового О.С.: консервативная тиреостатическая терапия, наблюдение эндокринолога.
6. УЗИ щит. железы 1р. 6 мес. Контр ТТГ, Т4св через месяц с послед. осмотром эндокринолога

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В