#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 762

##### Ф.И.О: Кузьменко Сергей Вячеславович

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Вольнянск, ул. Зачиняева 20-62

Место работы: н/р

Находился на лечении с 29.05.13 по 11.06.13 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб Ш ст. средней тяжести впервые выявленный. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. С-м вегататичной дисфункции перманентное течение на фоне ДТЗ. Эндокринная офтальмопатия ОИ..

Жалобы при поступлении на головные боли, отеки голеней, повышение АД до 145 мм.рт.ст. потерю веса на 10 кг за год, слабость, быструю утомляемость, боли в спине, потливость

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течении года, когда начал терять в весе. К врачу не обращался, не лечился. Обратился самостоятельно в ОКЭД 27.05 .13. ТТГ<0.01(0.4-4.6); Т4 Св - 4,75 (0,82-1,63) от 27.05.13. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора тиреостатической терапии, лечения осложнений.

Данные лабораторных исследований.

30.05.13Общ. ан. крови Нв – 151 г/л эритр – 4,7 лейк – 9,0 СОЭ – 9 мм/час

э-2 % п-1 % с- 62% л- 29 % м- 6%

10.06.13Общ. ан. крови Нв –155г/л эритр –4,8лейк 6,7СОЭ –14мм/час

э- 1% п- 1% с- 61% л- 25 % м-12%

30.05.13Биохимия: СКФ –170,3 мл./мин., хол –4,6 мочевина –5,9 креатинин – 61,1 бил общ –13,5 бил пр –3,1 тим –1,6 АСТ –0,54 АЛТ –1,4 ммоль/л;

04.06.13Биохимия: бил общ – 13,1 бил пр – 3,0 тим 1,51– АСТ – 0,45 АЛТ – 0,82ммоль/л;

31.05.13 Са – 2,39

### 30.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 2-3; эпит. перех. - ед в п/зр

04.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

30.05.13 Глюкоза крови 4,2

Невропатолог: С-м вегататичной дисфункции перманентное течение на фоне ДТЗ.

Окулист: VIS OD=0,8 OS=1,0

Глазные щели расширены в следствии усиленной ретракции верхнего века ОИ. Слабоположительный с-м Грефе, Положение глаз в орбите правильное. Движение глаз в полном объеме. Оптические среды и глазное дно без особенностей. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ..

ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полу горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. АВ – блокада ЛЖ. Высокие з.Т в V3-4 ваготония.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

28.05.13 Р-графия ОГК№ 72619 – без патологий

27.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 95,2 см3; лев. д. V = 45,8см3

Перешеек –1,6 см.

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

Лечение: Мерказолил, бисопролол, тиотриазолин, глюконат кальция, седасен.

Состояние больного при выписке: тиреотоксикоз медикаментозно компенсирован уменьшились головные боли, учащенное сердцебиение, потливость. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил или эспа-карб) 5мг 3т. утром, 3т. в обед, 2 т. веч. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Рек. кардиолога: бисопролол 5 мг 1 р/д. АТФ лонг 20 мг 1т 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ, ЧСС. Дообследование: ЭХО КС.
4. Рек. невропатолога: персен (релаксил) 1 т. 2р/д.
5. УЗИ щит. железы 1р. 6 мес.
6. Рек. окулиста: электрофорез с гидрокортизоном № 5 затем с лидазой № 5 на ОИ.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.