#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 881

##### Ф.И.О: Найда Юрий Сергеевич

Год рождения: 1994

Место жительства: Токмакский р-н, г .Токмак ул. Коропенко 5

Место работы: н/р

Находился на лечении с 20.07.15 по 03.08.15 в энд. отд.

Диагноз: ДТЗ, II ст, средней тяжести, впервые выявленный. Эндокринная офтальмопатия ОИ. Астено-невротический с-м. Метаболическая кардиомиопатия. Синусовая тахикардия. СН0.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле потливость, эмоциональную лабильность, слабость, утомляемость, ухудшение зрения, памяти, головные боли, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: Дрожь в теле, потливость беспокоят в течении года, за мед помощью не обращался. В течении месяца отмечает увеличение объема щит. железы. Обратился к эндокринологу по м/ж. Св.Т4 - 94,00 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,01 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –1203 (0-30) МЕ/мл.14.07.15 эндокринологом назначен прием тирозола 30 мг/сут. 20.07.15. УЗИ щит железы. Закл: гиперплазия, изменение диффузного типа в паренхиме щит. железы по типу ДТЗ, гиперплазия правой нижней паращитовидной железы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

21.07.15 Общ. ан. крови Нв – 136 г/л эритр –4,3 лейк – 6,5 СОЭ –10 мм/час

э- 2% п-0% с- 53% л- 34% м- 11%

24.07.15 лейк – 5,1

28.07.15 Общ. ан. крови Нв – 128 г/л эритр –4,0 лейк – 4,7 СОЭ –5 мм/час

э- 7% п-1% с- 51% л- 34% м- 7%

21.07.15 Биохимия: хол –3,45 тригл -1,66 ХСЛПВП -0,82 ХСЛПНП -1,87 Катер – 3,2 мочевина –2,6 креатинин – 77 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим –0,9 АСТ –0,33 АЛТ – 0,53 ммоль/л;

22.07.15 паратгормон – 30,2 пг/мл (12-65)

21.07.15 Анализ крови на RW- отр

24.07.15 К – 4,0 Nа -146, Са – 2,28.

### 21.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

27.07.15Пациент сдал анализ на АТрТТГ ( в работе)

21.07.15 глюкоза крови – 5,2ммоль/л

21.07.15Невропатолог: Астено-невротический с-м.

20.07.15Окулист: отек верхнего века ОИ. Глазные щели незначительно расширены Подвижность глаз в полном объеме. Оптические среды и глазное дно без особенностей. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

20.07.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.07.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия . Синусовая тахикардия СН0

22.07.15ЭХО КС: КДР- 5,57см; КДО- 151мл; КСР-3,55 см; КСО-52мл; УО-99 мл; МОК- 9,0л/мин.; ФВ- 65%; просвет корня аорты -3,1 см; ПЛП -3,10 см; МЖП – 0,94 см; ЗСЛЖ – 0,44см; ППЖ- 1,72см; ПЛЖ- 5,57см; По ЭХО КС: без особенностей.

31.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 42,2см3; лев. д. V =45,9 см3

Перешеек –1,5 см.

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

Лечение: тирозол, персен, бисопролол, тиотриазолин.

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость. Тиреотокскиоз в настоящее время медикаментозно субкомпенсирован АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 70-75 уд/мин.

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. Контр ТТГ, Т4св ч/з 2 нед, осмотр эндокринолога ОКЭД, хирурга-эндокринолога( с результатами АТрТТГ) ч/з 1 мес для определения дальнейшей тактики ведения больного, учитывая размеры щит. железы.
3. Бисопролол 2,5 мг 1р\д, под контролем АД, ЧСС 1 нед, с полед. отменой препарата.
4. Персен 1т 3р/д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес..
6. Рек. окулиста: дексаметазон 0,1% 2к 3р/д а ОИ.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.