#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 811

##### Ф.И.О: Ковалев Константин Сергеевич

Год рождения: 1968

Место жительства: Пологовский р-н, с Тарасовка, ул. Руденко 34

Место работы: ЧП «Гай», водитель.

Находился на лечении с 07.06.13 по 20.06.13 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II, средней тяжести, впервые выявленный. Эндокринная офтальмопатия ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН1. Объемное образование червя мозжечка. Астено-вегетативный см на фоне ДТЗ.

Жалобы при поступлении на Учащенное сердцебиение, слабость, утомляемость, ухудшение зрения, потерю веса на 18 кг за год, потливость, дрожь в теле.

Краткий анамнез: Ухудшение состояние в течении 8 мес, когда начал терять в весе, к врачу не обращался, не лечился. Выявлен при обследовании у окулиста по поводу офтальмопатии. Обследован эндокринологом: ТТГ – 0,03, Т4 Св – 50,2 АТТПО <10,0 от 03.06.13. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора тиреостатической терапии, лечение осложнений

Данные лабораторных исследований.

10.06.13Общ. ан. крови Нв –164 г/л эритр – 5,1 лейк 4,3– СОЭ –9 мм/час

э- 2% п- 0% с- 62% л- 30 % м- 6%

13.06.13Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр – 5,0 лейк 7,4– СОЭ –26 мм/час

э- 2% п- 1% с- 54% л- 37 % м- 6%

10.06.13Биохимия: СКФ –91,0 мл./мин., хол –3,5 тригл -1,3 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -1,65 Катер -1,8 мочевина –6,5 креатинин – 83 бил общ –13,4 бил пр – 3,1 тим – 1,7 АСТ –0,43 АЛТ –0,80 ммоль/л;

### 10.06.13Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 0-1; эпит. перех. - в п/зр

10.06.13 Глюкоза крови 5,2

Невропатолог: Объемное образование червя мозжечка. Астено-вегетативный см на фоне ДТЗ.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Вены полнокровны. Венный пульс ослаблен. По картине глазного дна у больного наличие внутричерепной гипертензии. Глазные щели расширены, экзофтальм, Положительный с-м Ботине, Грефе Кохера. Ограниченная подвижность ОД вверх. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

Нейрохирург: Объемное образование червя мозжечка.

ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. СРРЖ.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1

11.06.13 МРТ головного мозга : МРТ признаки обьемного образования ЗЦЯ, без признаков нарушения ликвординамики. Рекомендовано поведение консультация нейрохирурга.

07.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,9 см3; лев. д. V = 10,6см3

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

Лечение: тирозол, эсла-карб, анаприлин, персен, капли дексаметазона 0,1%.

Состояние больного при выписке:тиреотоксикоз субкомпенсирован, уменьшились слабость, утомляемость, дрожь в теле . АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Эспа-карб (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. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рек. кардиолога: кардонат 1т 3р/д.
5. Рек. невропатолога: седотивная терапия, бетаблокаторы, лечение у эндокринолога.
6. Нейрохирург: в настоящие время признаков окклюзии ликворо проводящих путей нет. В лечении у нейрохирурга не нуждаеться. Контроль МРТ ч/з 1 год.
7. УЗИ щит. железы через 6 мес. К онтроль ТТГ Т4св через 2 нед с последующим осмотром эндокринолога.
8. Рек. окулиста: дексаметазон 0,1 % 2к 3р/день
9. Б/л серия. АБЖ № с 07.06.13 по 20.06.13. К труду 21.06.13г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.