#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 806

##### Ф.И.О: Рябушкина Надежда Ильинична

Год рождения: 1968

Место жительства: Ореховский р-н, с. Никольское, ул. Молодежная 13/1

Место работы: Никольский сель.совет Десткий сад « Веснянка», сторож

Находился на лечении с 26.06.14 по 08 .07.14 в энд. отд. (26.06-09.07.14 в ОИТ)

Диагноз: Диффузный токсический зоб II, тяжелая форма впервые выявленный. Тиреотоксическое сердце. Постоянная форма фибрилляций предсердий, тахисистолия СН IIА ф.кл III. Гипертоническая болезнь Ш стадии Ш степени. Риск 4. С-м вегетативной дисфункции на фоне ДТЗ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

Жалобы при поступлении на отеки лица, голеней, снижение веса на 3 кг за 3 нед, слабость, утомляемость, ухудшение памяти.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течении 3х лет. К врачу не обращалась. Выявлено 25.06.14 при обследовании по м/ж, обследована ТТГ <0,01 Т4св – 24,7 от 24.06.14. Получала стац лечение в Ореховской ЦРБ (выписка прилагается). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора тиреостатической терапии.

Данные лабораторных исследований.

27.06.14 Общ. ан. крови Нв –154 г/л эритр – 4,7лейк –4,7 СОЭ – 9 мм/час

э-1 % п- 2% с- 52% л-43 % м- 2%

04.07.14 Общ. ан. крови Нв – 145 г/л эритр –4,4 лейк –5,2 СОЭ –10,0 мм/час

э-4 % п- 1% с- 56% л- 26% м-13 %

11.07.14 Общ. ан. крови Нв – 145 г/л эритр –4,5 лейк –4,9 СОЭ –12 мм/час

э-6 % п- 0% с- 45% л- 39% м-10 %

27.06.14 Биохимия: хол –3,72 тригл -1,1 ХСЛПВП – 1,42ХСЛПНП -1,8 Катер -1,6 мочевина –2,6 креатинин –67 бил общ – 23,8 бил пр – 5,9 тим –4,2 АСТ – 0,11 АЛТ – 0,11 ммоль/л;

26.06. Амидаза – 25,0 ( до 90) Ед/л

27.06Св.Т4 - 39,4(10-25)

04.07Св.Т4 - 24,3(10-25)

17.07Св.Т4 - 20,7(10-25)

26.06.14 Гемогл – 150 ; гематокр – 0,47 ; общ. белок – 75 г/л; К – 4,1 ; Nа – 140 ммоль/л

28.06.14 К – 4,4 ммоль/л

01.07.14 К – 4,6 ммоль/л

26.06.14 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр –3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8\*10-4

### 27.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - едв п/зр

28.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1750 эритр - 1250 белок – отр

07.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -100 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 11.00 | 16.45 |
| 20.06 |  |  | 3,7 |
| 27.06 | 4,4 |  |  |

Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции на фоне ДТЗ.

Окулист: VIS OD=0 ,1 OS= 0,4 ;

Положение глаз в орбите правильное, движение в полном объеме.. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

27.06ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляций предсердий. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

01.07.ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

07.07.ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.06.Кардиолог: тиреотоксическое сердце. Постоянная форма фибрилляций предсердий, тахисистолия СН IIА ф.кл III. Артериальная гипертензия

27.06.14 осмотр асс. каф Соловьюк А.О.: ДТЗ II cт, тиреотоксическая форма, декомпенсация, в/в. Тиреотоксическая кардиомиопатия. Постоянная форма фибрилляций предсердий, тахисистолическая форма. СН IIА ф.кл III., Гипертоническая болезнь Ш стадии Ш степени. Риск 4.

08.07.14 Аритмолог: тиреотоксическое сердце. Длительное персистирующая форма фибрилляций предсердий нормосистолия СН IIА. Гипертоническая болезнь Ш стадии

26.06УЗИ щит. железы: Пр д. V =17,5 см3; лев. д. V = 19,1см3

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

Лечение: мерказолил, матамакс, кардиомагнил, ново-пасит, адаптол, предуктал MR, рибоксин, берлиприл, диоксин, бисопролол

Состояние больного при выписке: ДТЗ компенсирован, уменьшились слабость, утомляемость. АД 110/70 мм рт. ст.

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.
3. УЗИ щит. железы ч/з 6 мес. ТТГ , Т4 Св ч/з месс с послед. осмотром эндокринолога.
4. Рек. Кардиолога: дигоксин 0,25 1т 1р\д, бисопролол 5 мг/сут, берлиприл 10 мг 2р/д, верошпирон,25 мг/сут, кардиомагнил 75 мг/сут,
5. Рек. Аритмолога: В настоящее время гемодинамика стабильная ( на фоне лечения) соглсно стандарта ведения пациента с ФП рекомендовано постоянно гипокоагуляция ( варфарин – подбор дозы, или прадакса 150 мг 2р/д без контроля МНО). Повторная конс аритмолога для решения вопроса целесообразности восстановления синусового ритма при нормализации гормонов щитовидной железы. Возможно продолжить лечение (подбор дозы варфарина – МНО 2-3 в условия кардиологического отделения).
6. Б/л серия. АГВ № 2344 с 26.06.14 по 14.07.14. К труду 15.07.14г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.