#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 805

##### Ф.И.О: Дмитрюк Иван Григорьевич

Год рождения: 1951

Место жительства: Веселовский р-н, с. Корнеевка ул. Кирова 77

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 30.06.15 по 11.07.15 в энд. отд.

Диагноз: Смешанный токсический зоб Ш ст., узел левой доли, тяжелая форма, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия ОИ. Незрелая катаракта OS. Метаболическая кардиомиопатия фибрилляция предсердий, тахисистолия СН II А. ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, нервозность, потливость, эмоциональную лабильность, головные боли, головокружение, снижение веса на 5 кг за 3 мес, слабость, утомляемость, сердцебиение.

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились в 2010, обследовался в ОКЭД. 12.2010 св Т 4 – 53,87 (12,0-22,0), ТТГ 0,012 (0,27-4,2). С 12.2010 по 01.2011 проходил стац лечение в энддиспансере с диагнозом смешанный токсический зоб II ст, средней тяжести, узел левой доли, впервые выявленый.03.03.11 ТАПБ узла щит. железы – в полученных пунктатах группы клеток фолликулярного эпителия с выраженной пролиферацией и морфологическими признаками повышенной функциональной активности, вероятнее всего пунктировался очаг ДТЗ. Принимал лечение по поводу ДТЗ (мерказолил 30 мг/сут по схеме). Со слов больного 04.2015 перестал принимать мерказолил, в связи с чем связывает ухудшение состояние. Т4св (16.06.15) – 60,9 ТТГ - <0,01 от 16.06.15. УЗИ щит железы (25.06.15) V пр. доли – 16,0 см 3 V лев доли – 23,4 см 3: увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения, узел левой доли. Последнее стац. лечение в 2010г. Длительность нарушения ритма по типу фибрилляции предсердий указать не может Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза ,предоперационной подготовки

Данные лабораторных исследований.

01.07.15 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр – 4,4 лейк – 4,7СОЭ – 9 мм/час

э- 2% п- 0% с-60 % л- 33% м- 5%

10.07.15 Общ. ан. крови Нв – 143 г/л эритр –4,3 лейк – 5,9 СОЭ – 23мм/час

э- 1% п-1 % с-70 % л-25 % м- 3%

01.07.15 Биохимия: СКФ –58,17 мл./мин., хол –3,2 тригл -0,82 ХСЛПВП – 1,21ХСЛПНП – 1,64Катер -1,64 мочевина –4,8 креатинин –94,8 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –0,4 АСТ – 0,43 АЛТ –0,48 ммоль/л;

06.07.15 МНО – 1,33.

10.07.15 Св Т 4 – 31,7 (10-25) Ме/мл

### 01.07.15.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - ед в п/зр

01.07.15 глюкоза крови 4,9

30.06.15Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

30.06.15Окулист: Помутнение в хрусталике ОД. Гл. дно под флером, детали рассмотреть не удается. OS : начальные помутнения в хрусталике ДЗН – бледно розовый границы четкие, артерии сужены, склерозированы. С-м Салюс 1, сосуды умеренно извиты. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ. Незрелая катаракта OS.

08.07.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

10.07.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. При сравнении с ЭКГ от 08.07.15 данные те же.

30.06.15 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия фибрилляция предсердий, тахисистолия СН II А. ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии Ш степени. Гипертензивное сердце.

25.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 16,0 см3; лев. д. V = 23,4см3

Перешеек – 0,68см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с мелим фиброзом В левой доли в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 3,64\*2,3 см. с кистозной дегенерацией. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: бисопролол, мерказолил предуктал MR, варфарин, афобазол,

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле потливость, общая слабость. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 85-90 уд/мин. Св Т 4 – 31,7 (10-25) Ме/мл. Пациент нуждается в продолжении стац лечения в энддиспансере до компенсации тиреотоксикоза, в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения. О возможных осложнениях предупрежден, от конс. хирурга-эндокринолога в настоящее время категорически отказывается.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. 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: варфарин 2,5 мг 1 р/день под контролем МНО 1р /нед, бисопролол 5 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. При отсутствии возможности контроля МНО, коагулограмы, отменить варфарин с переходом на прием кардиомагнила 75 мг 1р\д или аспирина кардио 100мг 1 р/день.
4. Рек. невропатолога: афобазол 1т 3р/д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес
6. Контр ТТГ св Т4 ч/з 2 нед,Учитывая отрицательную динамику узла левой доли показано повторить ТАПБ с последующим осмотром эндокринолога ОКЭД, хирурга-эндокринолога для решение вопроса о дальнейшей тактики ведения больного ( оперативное лечение).
7. Рек. окулиста: оперативное лечение в лановом порядке ФЭК + ИОЛ,. квинакс 2к.\*3-4р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.