#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 915

##### Ф.И.О: Семенченко Татьяна Евгеньевна

Год рождения: 1958

Место жительства: токмакский р-н, г. Токмак ул. Куйбышева 54-32

Место работы: ЦПС №7 ЗДУГППС «Укрпочта», зам. начальника центра

Находился на лечении с 29.07.15 по 12.08.15 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, тяжелая форма, декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия, фибрилляция предсердий СН II А. Ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, учащенное сердцебиение, одышку при физ нагрузке, повышение АД до 190\90 мм.рт.ст., эмоциональную лабильность, раздражительность головные боли, головокружения, снижение веса на 4 кг за год, слабость, утомляемость,

Краткий анамнез: ДТЗ с 1987. принимала тиреостатики по схеме, в дальнейшем у эндокринолога не наблюдалась. В 2006 проходила стац лечение в эндодиспансере. Назначен прием мерказолила, принимала коротким курсом, со слов больной. В дальнейшем к эндокринологу не обращалась, не обследовалась. В 2006 во время стац лечения в ОКЭД рекомендовалось оперативное лечение от которого больная категорически отказалась. Ухудшение состояния с 12.2014 на фоне психоэмоционального перенапряжения. К эндокринологу не обращалась. С 14.07.15 – 28.07.15 стац лечение в терапевтическом отд Токмакской ЦРБ с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий, получала лечение лоспирин 75 мг 1р\д, метапролол. 25.07.15 СВ - 91,3 (11,5-22,7) ТТГ<0.01 (0,4-4,0). Диагностирован рецидив ДТЗ для дальнейшего лечения направлена в ОКЭД. В настоящее время тиреостатики не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза, решения вопроса дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

30.07.15 Общ. ан. крови Нв –118 г/л эритр – 3,5 лейк – 4,7 СОЭ – 23мм/час

э- 1% п- 0% с- 60% л- 33% м- 6%

05.08.15 Общ. ан. крови Нв – 138 г/л эритр – 4,1 лейк – 4,6СОЭ –12 мм/час

э- 2% п- 0% с- 62% л- 33% м-3 %

10.07.15 Общ. ан. крови Нв – 126г/л эритр –3,9 лейк – 4,8 СОЭ – 24мм/час

э- 0% п- 0% с- 50% л- 45% м- 5%

30.07.15 Биохимия: СКФ –65,1 мл./мин., хол –3,6 тригл – 1,3ХСЛПВП – 1,13ХСЛПНП – 1,87Катер -2,18 мочевина –3,7 креатинин – 101 бил общ –54,7 бил пр –6,9 тим – 1,1АСТ – 0,36 АЛТ – 1,0 ммоль/л;

03.08.15 бил общ – 34,9 бил пр – 6,7 тим – 2,2 АСТ 0,48 АЛТ 0,7

10.08.15 бил общ –24,7 бил пр – 8,1 тим – 2,4 АСТ –0,88 АЛТ – 1,20 ммоль/л;

06.08.15МНО – 1,06

10.08.15 МНО – 2,62

12.08.15 МНО – 2,14

22.07.15 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

30.07.15 Анализ крови на RW- отр

07.08.15 Св.Т4 - 28,1(10-25) ммоль/л;

31.07.15К – 4,3 Na – 138 Са- 2,64 ммоль/л

07.08.15 К – 3,9 ммоль/л

31.07.15 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ –94 %; фибр – 4,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 30.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

03.08.15 ОГТГ с 75 гр глюкозы натощак – 4,8 ч/з 1 час- 8,4 ч/з 2 часа – 5,9

30.07.15 глюкоза крови – 6,0 ммоль/л

29.07.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

29.07.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены обычного калибра. Вены неравномерно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

31.07.15 ФГ ОГК№ 88737 легкие без инфильтрации, корни фиброзно изменены. Сердце без особенностей.

29.07.15ЭКГ: ЧСС - 120уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий. тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

30.07.15ЭКГ: ЧСС - 120уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий. тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

03.08.15ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПН. Гипертрофия левого желудочка.

07.08.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

11.08.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ с выраженными изменения миокарда. Блокада передней ветви ЛНПГ.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, фибрилляция предсердий СН II А. Ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

03.08.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

11.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 25,1см3; лев. д. V =16,0 см3

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

12.08.15 Осмотр совместно с Нач. мед. Костина Т.К. кардиологом Шленский Б.А. и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А. : Диагноз см выше. Состояние больной с положительной динамикой , что проявляется в уменьшении потливости, дрожи в теле, эмоциональной лабильности, с-м Мари±, уменьшилась отдышка при физ нагрузке, отсутствуют боли в сердце. Однако, сохраняется фибрилляция предсердий с тахисистолией, что обусловлено проявлением основного заболевания. Целесообразно продолжить дальнейшее лечение в условиях терапевтического отделения по м\ж с целью достижения компенсации тиреотоксикоза и восстановлению трудоспособности.

Лечение: варфарин, аспаркам, тирозол, бисопролол, триампур, предуктал MR, валериана, верапамил, дигоксин, эссенциале.

Состояние больного при выписке: уменьшилась потливость, дрожь в теле, эмоциональная лабильности, с-м Мари±, отдышка при физ нагрузке, отсутствуют боли в сердце. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 85-90 уд/ин. Пульс 87уд/мин. 07.08.15 Св.Т4 - 28,1(10-25) ммоль/л. Продолжить дальнейшее лечение в условиях терапевтического отделения по м\ж с целью достижения компенсации тиреотоксикоза и восстановлению трудоспособности.

Рекомендовано:

1. Продолжить стац лечение в условиях терапевтического отделения Токмаской ЦРБ.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
3. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей. Повторный осмотр эндокринолога в ОКЭД ч/з 1 мес, хирурга-эндокринолога ЗОКБ с результатами гормонов щит. железы ля решения вопроса об оперативном лечении ( в настоящее время пациентка от оперативного лечения по поводу ДТЗ категорически отказывается, о возможных осложнениях предупреждена).
4. Рек. кардиолога: веропамил 40 мг по 1т 3р/д, варфарин 2,5 мг 1т + ¼ т первый день, 1т +1/2 т второй день. Контроль МНО ч/з 6-7 дней, дигоксин 250 мкг ½ т 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, триамупр 1т утром. Контр АД, ЭКГ ,ЧСС.
5. При отсутствии возможности контроля МНО варфарин заменить на аспекард.
6. Рек. невропатолога: персен 1т 3р\д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес. Контн ТТГ, св Т 4 ч/з 2 нед. с послед коррекцией дозы тиреостатиков, определить АТрТТГ.
8. Эссенциале 2т 3р\д 1 мес. контр печеночных показателей, АСТ, АЛТ в динамике. «Д» наблюдение гастроэнтеролога по м\ж.
9. Б/л серия. АГВ № 234941 с 29.07.15 по 12.08.15. продолжает болеть

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.