#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 446

##### Ф.И.О: Лаврыненко Григорий Николаевич

Год рождения: 1959

Место жительства: Куйбышевский р-н, с. Вершина, ул. Октябрьская 11

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.04.16 по 18.04.16 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, тяжелая форма, впервые выявленный. Метаболическая кардиомиопатия. Персистирующая форма фибрилляций предсердий СН II А. ф.кл II. Эндокринная офтальмопатия ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, астено-невротический с-м. Хроническая сенсоневральная тугоухость АД 1 ст, АS IIст.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, раздражительность, психоэмцональную лабильность, снижение слуха, снижение веса на 11 кг за год, головокружение, учащенное сердцебиение, ухудшение зрения, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течении 2 мес, когда отметил вышеуказанные жалобы. На «Д» учете у онколога по поводу Сг кожи левой щеки st I гр II рТ2NоMomt - состояние после комбинированного лечения, обратился на контроль к онкологу, назначено дообследование 25.03.16 Т4св – 124,0 (11,5-22,7) ТТГ 0 <0,01 (0,4-4,0) АТТПО – 2936,0 (0-100). 01.04.16 Консультирован эндокринологом ОКЭД, кардиологом (по данным ЭКГ в условиях ОКЭД – трепетание предсердий), назначено лечение: тирозол 10 мг 1т 3р/д, предуктал MR 1т 2р/д, бисопролол 2,5 мг 1р\д, варфарин 2,5 мг 1р\д, триампур 1т 1р/д, дигоксин 250 мкг ¼ т 1р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции тиреостатической терапии.

Данные лабораторных исследований.

05.04.16 Общ. ан. крови Нв – 151/л эритр –4,6 лейк –7,6 СОЭ – 2 мм/час

э-2% п- 2% с- 60% л- 22 % м- 8%

11.04.16 Общ. ан. крови Нв – 162г/л эритр –5,0 лейк –8,5 СОЭ – 3 мм/час

э-4 % п- 0% с- 62% л- 33 % м- 1%

15.04.16 Общ. ан. крови Нв – 166г/л эритр –5,2 лейк –8,1 СОЭ – 4 мм/час

э-10 % п- 1% с- 48% л- 30 % м- 11%

05.04.16 Биохимия: хол –3,6 тригл -1,02 ХСЛПВП -1,39 ХСЛПНП -1,75 Катер – 1,6мочевина –3,0 креатинин – 73 бил общ –11,7 бил пр –2,4 тим –2,3 АСТ – 0,34 АЛТ –0,89 ммоль/л;

06.04.16 АТрТТГ > 40,0 Ме/мл

05.04.16 Анализ крови на RW- отр

15.04.16 Т4св – 17,9 ( 10-25)

08.04.16 Са – 2,1 К –3,63; Nа –144 ммоль/л

### 05.04.16 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

05.04.16 глюкоза крови – 4,1 ммоль/л

04.04.16Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, астеноневротический с-м.

13.04.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,6

Глазные щели расщирены. Легкий экзофтальм ОИ. Слабоположительный с-м Боткина, Грефе, Кохера. Подвижность глаз в полном объеме, Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс II Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

01.04.16ЭКГ: ЧСС -110 уд/мин. Вольтаж норма. Ритм трепетание предсердий, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Полная блокада ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

04.04.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

11.04.16ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

08.04.16 ЛОР: Хроническая сенсоневральная тугоухость АД 1 ст, АS IIст.

04.04.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. Персистирующая форма фибрилляций предсердий СН II А. ф.кл II.

01.04.16ЭХО КС: КДР- 4,5см; КДО- 2,9мл; ФВ- 63%; просвет корня аорты -3,3 см; ПЛП - 3,3см; МЖП –1,1 см; ЗСЛЖ – 1,18см; ППЖ- 2,4смПо ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, регургитация 1 ст на МК и Т.К., склеротических изменений створок МК, АК, легочной гипертензии.

05.04.16Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см . выше

15.04.16 Осмотр кмн Вильхового С.О.: ДТЗ II, средней тяжести, впервые выявленный. Метаболическая кардиомиопатия. ПФФП СН II А. ф.кл II.

13.04.16 Консилиум доц. каф. Ткаченко О.В., леч. врач Соловьюк Е.А., зав. отд. Фещук И.А., нач. мед. Костина Т.К.: диагноз см .выше. Учитывая высокий уровень АТрТТГ, пароксизм фибрилляции предсердия, тяжелую форму ДТЗ, больному показано оперативное лечение, от которого он в настоящее время отказывается. Проведена разъяснительная беседа. Рекомендовано продолжить тиреостатическую терапию, при необходимости повторная госпитализация для предоперационной подготовки.

25.03.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 14,9см3; лев. д. V = 15,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы повышена. Эхоструктура не однородная за счет чередования повышенной и пониженной эхогенности, очаговые изменения не выявлены. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы щит. железы на фоне увеличения в размерах обеих долей ( по типу тиреоидита)

Лечение: мерказолил, предуктал MR, аспирин кардио, бисопролол, триампур, адаптол, капли дексаметозна.

Состояние больного при выписке: Тиреотоксикоз в настоящее время медикаментозно компенсирован, уменьшилась дрожь в теле, потливость. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 75 уд/мин. Учитывая высокий уровень АТрТТГ, пароксизм фибрилляции предсердия, тяжелую форму ДТЗ, больному показано оперативное лечение, от которого он в настоящее время отказывается.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога 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 оперативного лечения.
3. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., бисопролол 2,5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рек. невропатолога: адаптол 300 мг 1р\д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ, Т4св в динамике год.
6. Рек хирурга-эндокринолога: оперативное лечение в плановом порядке в отделении трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ после субкомпенсации тиреотоксикоза. Повторный осмотр.
7. Рек. окулиста: дексаметазон 0,1% 2 к 3р/д в ОИ.
8. Рек ЛОР: ежегодный аудиометрический контроль, щадящая диета, масляные капли в нос 10к 4р/д 10 дней, наблюдение ЛОР врача , сурдолога

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.