#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 452

##### Ф.И.О: Кушнир Нина Владимировна

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Энергодар ул. Комсомольская 19-83

Место работы: ООО «Велич», кухонный работник

Находился на лечении с 04.04.16 по 22.04.16 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II, тяжелая форма, впервые выявленный. Метаболическая кардиомиопатия фибрилляция предсердий СН II А. ф.кл 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Астеноневротчиеский с-м. Инфекция мочевыводящих путей. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Нарушение толерантности к углеводам.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, потливость, раздражительность, психоэмоциональную лабильность, снижение на 7 к за год, слабость, утомляемость, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли. учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: Со слов больной вышеизложенные жалобы беспокоят в течении 2 месяцев, периодически перебои в работе сердца, за медпомощью не обращалась. 10.03.16 СМП доставлена в кардиологическое отделение г. Энергодар с пароксизмом фибрилляции предсердий впервые возникшим, получала лечение кордароном, тромболик, бисопролол, варфарин. Во время стац лечение поведено дообследование щит. железы. Т4св – 41,1 ( 11,5-22,7 ТТГ – 0,01 ( 0,4-4,0) АТТПО – 2510,0 ( 0-100). Диагностирован ДТЗ, для дальнейшего лечения переведена в ОКЭД. Повышение АД в течение 10 лет. В настоящее время принимает варфарин 3мг, бисопролол 5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора тиреостатической терапии, решение дальнейшей тактики лечения.

Данные лабораторных исследований.

05.04.16 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр –4,3 лейк –5,9 СОЭ – 33 мм/час

э- 6% п- 0% с- 48% л- 36% м- 10%

11.04.16 лейк – 6,5

14.04.16 Общ. ан. крови Нв – 137,5г/л эритр –4,2 лейк – 6,2 СОЭ –12 мм/час

э- 8% п- 1% с- 53% л- 28 % м- 10%

20.04.16 лейк – 3,2

22.04.16 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –4,1 лейк –5,6 СОЭ – 14 мм/час

э- 11% п- 1% с- 47% л- 31% м- 10%

05.04.16 Биохимия: СКФ –61 мл./мин., хол –3,7 тригл -093 ХСЛПВП -1,11 ХСЛПНП -2,17 Катер -2,3 мочевина –6,8 креатинин –123 бил общ – 14,3 бил пр –4,1 тим – 3,2 АСТ – 0,27 АЛТ –0,55 ммоль/л;

11.04.16 мочевина – 5,2 креатинин 4,4

05.04.16 МНО 2,62

11.04.16 МНО 4,47

14.04.16 МНО 2,5

19.04.16 МНО – 1,6

04.04.16 Анализ крови на RW- отр

15.04.16Св.Т4 - 36,0 (10-25) ммоль/л;

21.04.16Св.Т4 - 35,0 (11-22,7) ммоль/л;

06.04.16 АТрТГ – 12,2 МЕ/л ( 0-1,5)

08.04.16 Са -2,3К – 4,9 ; Nа –145 ммоль/л

### 05.04.16 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

06.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9000 эритр - белок – отр

11.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – отр

12.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

21.04.16 ОГТТ с 75 гр люкоза натощак 4,5 ммоль/л ч\з 1 час 8,9 ммоль/л ч/з 2 часа – 7,1 ммоль/л

|  |  |
| --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 |
| 05.04 | 5,6 |
| 13.04 | 5,2 |

06.0.4.16Невропатолог: Астеноневротчиеский с-м

05.04.16Окулист: осмотр в палате

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

31.03.16ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж норма. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

05.04.16ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.04.16ЭКГ: ЧСС -82 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

21.04.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий,. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

05.04.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Метаболическая кардиомиопатия фибрилляция предсердий СН II А. ф.кл 1.

19.04.16ЭХО КС: КДР-5,5 см; КДО-147 мл; КСР- 3,5см; КСО- 57мл; УО- 90мл; МОК- 7,9л/мин.; ФВ-61 %; просвет корня аорты – 1,8см; ПЛП – 4,5 см; МЖП – 1,3 см; ЗСЛЖ – 0,9см; ППЖ- 6,0см; По ЭХО КС: Уплотненнее аорты. Гипертрофия базального отдела МЖП. Умеренное увеличение обоих предсердий. Краевой фиброз МН и сухожильного кольца МК. Митральная и трикуспидальная регургитация до 1 ст. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

05.04.16Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз тот же

##### 13.04.16Консилиум Леч. врач Соловьюк Е.А. Зав. отд. Фещук И.А. Нач. мед. Костина Т.К. доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше. Учитывая тяжелую форму тиреотоксикоза, уровень АТрТТГ, размеры щит. железы, сохраняющуюся фибрилляцию предсердий, пациентке показано оперативное лечение по поводу ДТЗ.

15.04.16 осмотр кмн Вильхового С.О: диагноз с выше.

04.04.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 28,7 см3; лев. д. V = 20,0см3

Перешеек –2,0 см.

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

Лечение: мерказолил, бисопролол, триметазидин, варфарин, торсид, дигоксин, ципрофлоксацин, каптоприл, экстракт валерианы, аспекард, адаптол,

##### Состояние больного при выписке: Учитывая тяжелую форму тиреотоксикоза, уровень АТрТТГ, размеры щит. железы, сохраняющуюся фибрилляцию предсердий, пациентке показано оперативное лечение по поводу ДТЗ. Уменьшилась дрожь в теле , потливость, эмоциональная лабильность, сохраняется нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин. После дообследования от 21.04.16 Т4св – 35,0 ( 11,5-22,7), что обусловлено длительной компенсацией йодиндуцированого тиреотоксикоза. По телефону с к.м.н. Вильховым С.О.. согласована госпитализация в отд. эндокринной хирургии ч/з 1-2 нед по достижению мед компенсации, учитывая вышесказанное, работу пациентки в условиях повышенной температуры (работает поваром) необходимо продолжить предоперационную подготовку в условиях терап. отд. по м\ж. Госпитализация согласована с нач. медом МСЧ г. Энергодар на 22.04.16 выписывается из отделения с БЛ ( продолжает болеть).

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение в терапевтическом отделении МСЧ г. Энергодар (госпитализация согласована на 22.04.16 с нач. медом)
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога 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 оперативного лечения. Контроль ТТГ, Т4св ч/з 1-2 нед с послед. направлением на конс. к хирургу-эндокринологу ЗОКБ, эндокринологу ОКЭД.
4. Рек. кардиолога: бисопролол 10 мг 1р\д, трифас 2,5 мг 1р\д 2 нед, престариум 5-10 г 1р\д. дигоксин 250 мкг 1/2т 1р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
5. Рек. невропатолога: персен 1т 3р\д 1 мес.
6. Рек хирурга-эндокринолога: оперативное лечение: оперативное лечение в плановом порядке в отд. трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ после достижения субкомпенсация тиреотоксикоза.
7. УЗИ щит. железы. Контр ТТГ, Т4св в динамике
8. Б/л серия. АГВ № 235244 с 04.04.16 по 22.04.16. продолжает болеть

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.