#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 336

##### Ф.И.О: Мамедов Байрон Мамед-Оглы

Год рождения: 1955

Место жительства: Запорожский р-н с. Юльевка ул.Ленина 2б-1

Место работы:

Находился на лечении с 14.03.16 по 31.03.16 в энд. отд.

Диагноз: Смешанный токсический зоб Ш ст, ( мелкий узел пр доли), тяжелая форма , декомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия, митральная, трикуспидальная регургитация до 2 ст, синусовая тахикардия СН II А ф.кл. II. Эндокринная офтальмопатия ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия I, астено-невротический с-м. ХБП Iст ,солевой диатез. ДГПЖ Iст. Хронический калькулезный простатит в стадии нестойкой ремиссии. ГЭРБ. Хронический гастродуоденит в стадии нестойкой ремиссии H-pylory положительный. Нарушение толерантности к углеводам.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, учащенное сердцебиение, слабость, утомляемость, дрожь теле, потливость, психо-эмоциональная лабильность, отеки н/к, ухудшение зрения, памяти, снижение памяти, сухой кашель, одышку при физ. нагрузке, снижение веса на 8 г за 3 мес.

Краткий анамнез: Со слов больного страдает патологией щит. железы в течение 8 лет, за мед помощью не обращался. Проживал в Армении Ухудшение состояния с .12.2015 (отеки н/к, тахикардия, анасарка). Ургентно госпитализирован в энд. отд в Армении, назначено лечение тирозолом. Выписной эпикриз не предоставлен. В настоящее время принимает тирозол 30мг/сут в течении 3 мес со слов больного . 22.02.16 Кальцитонин < 2,0 (0-8,45) Т4св- 85,1 (11,5-22,7) ТТГ <0,01 (0,4-4,0) АТТПО – 1663,0 ( 0-100) ТГ-177,0 (<55,0). 26.02.16 ТАПБ узла щит. железы: Цитологическая картинна пунктатов правой доли соответствует аденоматозному узлу. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза, решения вопроса дальнейшей тактики ведения больного.

Данные лабораторных исследований.

15.03.16 Общ. ан. крови Нв –128 г/л эритр – 3,8 лейк – 3,5 СОЭ – 17 мм/час

э- 3% п- 0% с- 51% л- 31% м-15 %

23.03.16 Общ. ан. крови Нв –122 г/л эритр – 3,8 лейк – 6,8 СОЭ – 10 мм/час

э- 4% п- 0% с- 56% л- 37% м-3 %

31.03.16 Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр – 4,3 лейк – 7,3 СОЭ – 2 мм/час

э- 1% п- 0% с- 58% л- 32% м-9 %

16.0.316 Лейк – 4,4

23.03.16 Биохимия: хол –2,55 тригл -1,14 ХСЛПВП – 0,83ХСЛПНП -1,20 Катер -2,1 мочевина –2,75 креатинин – 69,6 бил общ – 19,4 бил пр –4,7 тим –4,14 АСТ – 0,42 АЛТ – 0,63 ммоль/л;

22.03.16 глик гемолобин 6,1%

25.03.16 Т4Св -30,4 ( 10-25)

30.03.16 Т4Св -2,42 (0,78-1,63)

15.03.16 Анализ крови на RW- отр

15.03.16 К – 3,41 ; Nа – 140 ммоль/л

30.03.16 К – 3,6 ммоль/л

### 15.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

1623.03.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр – 7500 белок – отр

23.03.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр – 6000 белок – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.03 | 9,0 |  |  |  |
| 16.03 | 5,0 | 9,5 | 6,9 | 6,5 |
| 22.03 | 4,7 | 5,7 | 6,8 | 8,0 |
| 23.03 | 4,4 | 6,8 | 7,1 | 6,0 |

09.03.16Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I, астено-невротический с-м.

14.03.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,5

Глазные щели расширены. Экзофтальм ОИ. Положительный с-м Боткина, Грефе, Кохера. Подвижность глаз в полном объеме. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены обычного калибра. Д-з: Эндокринная офтальмопатия ОИ.

09.03.16ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовая тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.03.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовая тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение кровообращение верхушечно боковой области (отрицательный з. Т V4-V6)

23.03.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

28.03.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда

17.03.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, Митральная трикуспидальная регургитация до 2 ст.

14.03.16ЭХО КС: КДР-5,5 см; КСР- 4,3см; ФВ-42 %; просвет корня аорты 2,9- см; ПЛП – 4,8 см; МЖП –1,0 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ- 3,0см; По ЭХО КС: Эхопризнаки дилатации всех камер сердца, гипокинезии ЗСЛЖ, систолической дисфункции (ФВ 42%), регургитации 2-3 см на МК, регургитации 2 ст на ТК, регургитации 1 ст на КЛА, Склеротических изменений створок МК, АК, легочной гипертензии.

17.03.16 ФГДЭС: ГЭРБ, рефлюкс эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эритематозная гастропатия.

25.03.16Нефролог: ХБП I ст.: солевой диатез.

14.03.6 ФГ ОГК№ 34759 гипертрофия ЛЖ.

24.03.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия микролитов в почках, изменений диффузного типа, кальцинатов в паренхиме простаты с увеличение объема остаточной мочи.

15.03.16 асс . каф. Соловьюк А.О.: диагноз см . выше.

22.03.16Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см выше

23.0.316 осмотр кмн Вильхового С.О.: ДТЗ Ш, тяжелая форма, декомпенсация, узел правой доли. щит. железы. Метаболическая кардиомиопатия СН II А ф.кл. II. Эндокринная офтальмопатия ОИ.

28.03.16 Гастроэнтеролог . ГЭРБ. Хронический гастродуоденит в стадии нестойкой ремиссии H-pylory положительный

28.03.16 Уролог ДГПЖ Iст. Хронический калькулезный простатит в стадии нестойкой ремиссии.

28.03.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =28,5 см3; лев. д. V = 23,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, единичные гидрофильные очаги до 0,35 см. В пр. доле у переднего контура гиперэхогенный узел 0,75\*0,6 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: тирозол, персен, ивабрадин, предуктал MR, дексаметазон капли глазные, альмагель, омепразол, преднизолон, мерказолил, де-нол.

Состояние больного при выписке: уменьшилась дрожь в теле ,потливость ,эмоциональная лабильность,. АД 120/70 мм рт. ст. ,ЧСС -75 уд в мин., 30.03.16 Т4Св -2,42 (0,78-1,63) Учитывая размеры щитовидной железы ,длительность и тяжесть заболевания по данным анамнеза, тяжелую кардиальную патологию, как следствие смешанного токсического зоба, наличие мелкого узла в правой доле щит .железы, плохую приверженность к лечению, показано плановое оперативное лечение

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, кардиолога 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 оперативного лечения. Преднизолон 5 мг 2т в 8.30 после еды в течении 1 нед, затем дозу уменьшать на 2,5 мг 1р в 3 дня до отмены препарата.. Контроль Св Т4 в динамике через 1 неделю. Повторный осмотр хирурга –эндокринолога, эндокринолога ОКЭД для определения сроков оперативного лечения.
3. Рек. кардиолога: ивабрадин 7,5 мг 2р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЧСС. Динамика ЭХО КС ч/з 1-2 мес.
4. Рек. невропатолога: персен 1т 3р\д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы в динамике.
6. Рек. нефролога: Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес
7. Рек. окулиста: дексаметазон 0,1% по 2к 3р/д в ОИ.
8. Рек уролога: в плановом порядке ПСА крови (общий+свободный) фокусин 1к 1р\д № 60
9. Рек гастроэнтеролога: стол № 5 режим питания, де-нол 2т 2р\д за 30 мин до еды 10 дней, контроль ФГДЭС ч\з 6 мес. Наблюдение семейного врача по м\ж.
10. Проведение ОГТТ с 75 гр глюкозы после отмены преднизолона для уточнения диагноза.
11. Рек. хирурга-эндокринолога: оперативное лечение в плановом порядке в отделении трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ. После достижения субкоменсации тиреотоксикоза. Контроль ЭХОКС.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.