#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 49

##### Ф.И.О: Гапонов Анатолий Александрович

Год рождения: 1954

Место жительства: прописан г. Донецк ул. Щорса 65-14. Проживает Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Циолковского 4-5,

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 14.01.16 по 20.01.16 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб 1 ст, средней тяжести, впервые выявленный. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляций предсердий, состояние после ЧКА (13.03.13). СН II А . ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, последствия перенесенного ишемического инсульта в правой лобно-теменной области, с-м умеренной вестибулопатии, астено-невротический с-м.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле, эмоциональную лабильность, потливость, головные боли общую слабость, утомляемость, снижение веса на 10 кг за 2 мес, ухудшение зрения памяти, повышение АД до 140/90, отеки голеней.

Краткий анамнез: В анамнезе в 2005 перенес инсульт мозга, длительно страдает гипертонической болезнью, ИБС, нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий. В 2013 перенес картирование ЛП, в последующем регулярно принимал антиаритмические препараты (кордарон), находится на «Д» учете у кардиолога. В течении последнего месяца отмечает ухудшение состояния, был осмотрен аритмологом ЗОКД, рекомендовано отменить кордарон, сдать гормоны щит. железы. При дообследовании у больного выявлены ТТГ <0,01(0,4-4,0); Т3св 5,58 (1,8-4,2); Т4св – 11,9 (11,5-22,7) от 15.12.15. 22.12.15 назначен прием тирозола, отмечал плохую переносимость – появление сухого кашля; 23.12.15 срыв ритма – фибрилляция предсердий; 24.12.15 госпитализирован в терап. отд. Вольнянской ЦРБ. получал тирозол 5 мг 2р/д, бисопролол 7,5 мг 1р\д. вазар 160 мг 1т утром, ипамид 1т утром, варфарин 2,5-5 мг ч\з день. (выписной эпикриз Вольнянской ЦРБ прилагается). 04.01.16 АТТПО – 11,7 (0-100). 11.01.16 для дальнейшего лечения направлен в ОКЭД. 11.01.16 Т4св- 67,4 ( 11,5-22,7) т3св – 5,81 (1,8-4,2). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора тиреостатической терапии.

Данные лабораторных исследований.

15.01.16 Общ. ан. крови Нв – 120 г/л эритр –3,8 лейк –4,2 СОЭ –25 мм/час

э- 2% п- 0% с- 63% л- 33% м-2 %

18.01.16 МНО – 2,7

20.01.16 Общ. ан. крови Нв –115 г/л эритр – 3,5 лейк – 4,4СОЭ – 25 мм/час

э- 7% п- 0% с- 61% л- 26% м-6 %

15.01.16 Биохимия: СКФ –64,6 мл./мин., хол –2,63 тригл -1,33 ХСЛПВП -1,33 ХСЛПНП -1,03 Катер – 0,99мочевина –1,6 креатинин –112,8 бил общ –10,5 бил пр –2,6 тим –0,65 АСТ – 0,59 АЛТ –0,38 ммоль/л;

15.01.16; К – 3,4 ; Nа – 143 Са – 2,59 ммоль/л

### 15.01.16 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

15.01.15 Глюкоза крови – 5,2 ммоль/л

14.01.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, последствия перенесенного ишемического инсульта в правой лобно-теменной области, с-м умеренной вестибулопатии, астено-невротический с-м.

20.01.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 ;

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

15.01.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. Удлинение эл. систолы. Неполная блокада ПНПГ.

20.01.16ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Удлинение эл. систолы.

16.01.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляций предсердий, состояние после ЧКА (13.03.13). СН II А . ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

19.01.16Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диагноз с. Выше.

20.01.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,5 см3; лев. д. V =8,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В пр. доле в в/3 расширенный фолликул 0,6 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Мелкие коллоидные кисты правой доли.

Лечение: карведилол, торсид, бисопролол, предуктал MR, варфарин, мерказолил, валериана

Состояние больного при выписке: уменьшились дрожь в теле, потливость, общая слабость, утомляемость. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 60 уд/мин. Ритм синусовый. С- Мари ±. Пациент в связи с семейными обстоятельствами от дальнейшего лечения отказывается, настаивает на выписке из отделения.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Мерказолил 5мг 2т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5-5 мг 1р\д, под контролем АД, ЧСС, ЭКГ, ч/з 5 дней, трифас 5 мг 1р\д 1 нед, престариум 5-10 мг 1р\д, варфарин 2,5 мг 1р\д, контроль МНО, предуктал MR 1т 2р\д.
4. При отсутствии возможности контроля МНО варфарин заменить на аспекард или кардиомагнил. Повторный осмотр кардиолога ч/з 1 нед.
5. УЗИ щит. железы ч/з 6 мес. Контр ТТГ, СвТ4, ОАК ч/з2 нед с последующим осмотром эндокринолога, коррекцией дозы мерказолила.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
7. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД ч/з 1-2 мес. для решения вопроса дальнейшей тактики ведения больной.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.