#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 265

##### Ф.И.О: Демчук Анатолий Николаевич

Год рождения: 1955

Место жительства: г.Запорожье ул. Светлая 14-59

Место работы: ООО «Запорожский литейно механический завод», токарь

Находился на лечении с 20.02.17 по 07.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II ст, тяжелая форма, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия легкой степени неактивная форма, ангиопатия сетчатки, с-м «сухого глаза». Тиреотоксическая болезнь сердца. Состояние после транскатеторной деструкции септального ДШП (16.07.14) по поводу пароксизмальной ортодромной АВ тахикардии. Персистирующая форма фибрилляций предсердий (ритм восстановлен 06.03.17) СН II А. ф. кл II .

Жалобы при поступлении на слабость, утомляемость, дрожь в теле потливость, психоэмоциональную лабильность, раздражительность, снижение веса на 5 кг за 2-3 мес, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: 20.12.15 конс. эндокринологом, диагностирован диффузный токсический зоб, (направлен на консультацию кардиологом в связи с нарушением ритма) 07.12.15 ТТГ- <0,01 Т4св - 26,5, назначен прием тирозола 10 мг 1т 3р\д, принимал по схеме. С 26.01.17 прием тирозола отменен на дозе 2,5 мг. 16.01.17 Т4св < 3,86 (11,5-22,7) ТТГ - 29,2 ( 0,4-4,0). Ухудшение состояния в течение 2 нед (17.02.17 Т4св – 67,6 (11,5-27,2) ТТГ < 0,01 (0,4-4,0) с18.02.17 возобновил прием тирозола 30мг\сут. (принимает в настоящее время). Нарушение ритма по поводу пароксизмальной АВ тахикардии около 10 лет, периодически длительно принимал кардарон, В 2014 проходил лечение в кардиохирургическом отд. Днепропетровского областного центра кардиохирургии, выписан с диагнозом «Состояние после транскатеторной деструкции септального ДШП (16.07.14) по поводу пароксизмальной ортодромной АВ тахикардии СН 1. Ф. кл 1» Впервые пароксизм фибрилляции предсердий со слов больного в 2015. Госпитализирован в эндокриндиспансер для компенсации тиреотоксикоза, решение дальнейшей тактики ведения больного.

Данные лабораторных исследований.

24.02.17 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,3 лейк –7,3 СОЭ –23 мм/час

э- 0% п- 1% с- 66% л- 28% м- 5%

27.02.17 Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр –3,7 лейк – 7,2СОЭ –29 мм/час

э- 0% п-0 % с- 55% л- 41% м- 4%

02.03.17 Лейк – 5,7 СОЭ – 16

06.06.17 Общ. ан. крови Нв – 128 г/л эритр –3,8 лейк – 5,6СОЭ –30 мм/час

э- 2% п-1% с- 68% л- 22% м- 7%

21.02.17 Биохимия: СКФ – 95.6мл./мин., хол –5.2 тригл -1.1ХСЛПВП -1.06 ХСЛПНП – 3.64Катер -3.9 мочевина –6.4 креатинин – 79.2 бил общ – 12.0 бил пр –3.0 тим –0.8 АСТ – 0.14 АЛТ –0.33 ммоль/л;

21.02.17 Анализ крови на RW- отр

24.02.17Св.Т4 - 15,3 (10-25) ммоль/л; АТ ТГ - 72,2 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 74,0 (0-30) МЕ/мл

22.02.17 АТрТТГ - >40.0 МЕ/л

24.02.17 К –4,85 ; Nа –142 Са++ -1,21 С1 – 99,4 ммоль/л

27.02.17 Коагулограмма: ПТИ – 78,7 %; фибр –4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6 МНО – 1,37

06.03.17 Коагулограмма: ПТИ – 98,7 %; фибр – 3,6г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4

### 21.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -tl ; эпит. перех. -tl в п/зр

02.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – отр

21/02/17 глюкоза – 4,5 ммоль/л

07.03.17 Невропатолог: на момент осмотра патологии не выявлено.

24.02.17 Окулист: ОИ экзофтальм, легкая пигментация, веки отечные, больше верхние, движение сохранено в полном объеме. Факослкероз. . Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, умерено извиты, склерозированы, Салюс I. В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офтальмопатия легкой степени ,не активная фаза, Ангиопатия сосудов сетчатки С-м сухого глаза.

21.02.17 ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

24.02.17 ЭКГ: ЧСС 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

28.02.17 ЭКГ: ЧСС 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. удлинение ел. систолы.

06.03.17 ЭКГ: ЧСС 57уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1ст.

20.02.-06.03.17Кардиолог: Тиреотоксическая болезнь сердца. Состояние после транскатеторной деструкции септального ДШП (16.07.14) по поводу пароксизмальной ортодромной АВ тахикардии. Персистирующая форма фибрилляций предсердий (ритм восстановлен 06.03.17) СН II А. ф. кл II

24.02.17Хирург: острой хирургической патологии в данной момент нет.

21.02.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше

03.03.17 Осмотр к.м.н. Вильхового С.О.ДТЗ Ш ст, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.

07.03.17 ФГ ОГК№ 103103: без патологии.

19.01.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 18,9см3; лев. д. V =22,0 см3

Перешеек –0,8 см.

Эхогенность значительно снижена, структура – диффузно неоднородная за счет множественных точечных и слоистых линейных гиперэхогенных структур (в виде участков фиброза, в том числе ограниченных мелких 3-9 мм в диаметре в/3 левой доли), регионарные зоны лимфоотока: верхне и средне яремных группах с обеих сторон единичные лифоузлы до 11\*5,3 мм. Закл.: Эхопризнаки выраженных диффузных изменений ткани щит. железы по типу аутоиммунного процесса с увеличением объема.

Лечение: тирозол, предуктал MR, аспирин кардио, торсид, бисопролол, эплетор, персен

Состояние больного при выписке: Тиреотоксикоз в настоящее время медикаментозно компенсирован. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 60 уд/мин, ритм с 06.03.17 синусовый. Учитывая длительность заболевания, размеры щит. железы уровень АТрТТГ, тиреотоксическую болезнь сердца (персистирующая форма фибрилляции предсердий) пациенту показано оперативное лечение.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. утром + 2т в обед + 1 т веч. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до оперативного лечения.
3. Рек хирурга эндокринолога: показано оперативное лечение в плановом порядке в отд трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ после достижения субкомпенсации тиреотоксикоза.
4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., эплетор 25 мг 1р\д, бисопролол 2,5 мг 1р\д, под контролем АД ЧСС, аспирин кардио 100 мг 1р\д, Дообследование: суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО КС по м/ж.
5. Рек доц. каф. Ткаченко О.В: показана конс. хирурга-эндокринолога, ЭХОКС.
6. Контроль УЗИ щит. железы, ТТГ в динамике.
7. Б/л серия. АГВ № 2356 с 20.02.17 по 07.03.17. продолжает болеть

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.