#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 501

##### Ф.И.О: Яловой Владимир Петрович

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Энергодар ул Курчатова 24-29

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 06.04.18 по 19.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб II, тяжелая форма, ст. впервые выявленный. СВД , астеноневротический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Метаболическая кардиомиопатия, фибрилляция предсердий. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на дрожь в теле потливость, раздражительность, психоэмоциональную лабильность, учащенное сердцебиение, повышение АД до 160/90 мм рт ст, боли в прекордиальной области, общую слабость, быструю утомляемость, снижение веса на 6 кг за 2 года,

Краткий анамнез: Ухудшение состояния с 02.2018 когда впервые начал отмечать учащенное сердцебиение, получал лечение у семейного врача по м/ж, назначены дообследование. 30.03.18 Т4св – 44,9 (11,5-22,7), ТТГ < 0,01 (0.4-4.0)АТТГ -20,0 АТТПО 665,0 (0-50) АТрТТГ – 23,0 ( 0-1,5). В настоящее время тиреостатическую терапияюне принимает . Нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий в течение 1-2 мес, со слов больного. Повышение АД в течение года. В наст. время принимает: эналаприл 10 мг 2р/д , бисопролол 10 мг 1р/д, ксарелто 20 мг 1р/д, Госпитализирован в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза, определения дальнейшей тактики ведения больного

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 10.04 | 152 | 5,0 | 6,3 | 10 | | 210 | | 1 | 1 | 58 | 35 | | 5 | | |
| 16.04 | 147 | 4,6 | 6,3 | 13 | | 210 | | 1 | 1 | 66 | 29 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 10.04 | 58,8 | 4,0 | 1,29 | 1,28 | 2,1 | | 2,1 | 6,4 | 107 | 13,4 | 3,3 | 0,99 | | 0,27 | 0,46 |

16.04.18 Св.Т4 – 23,9 (10-25) ммоль/л;

16.04.18 АЧТЧ – 37,0 МНО 1,22 ПТИ 81,8 фибр – 4,4

10.04.18 К – 4,7 ; Nа –140 Са++ -1,23 С1 -103 ммоль/л

### 10.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.04.18 глюкоза роки – 4,9 ммоль /л

16.04.18 Невропатолог: СВД , астеноневротический с-м

05.04.18 ЭКГ: ЧСС – 109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий,, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ . На ЭХК от 12.03.18 данные теже

06.04.18 ЭКГ: ЧСС – 100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий,, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ . Гипертрофия левого желудочка.

18.04.18 ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий,, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ . Гипертрофия левого желудочка.

06-18.04.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Метаболическая кардиомиопатия фибрилляция предсердий. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3

23.04.18ЭХО КС: Уплотнение аорты, аортального и митрального клапана. Умеренное увеличение полости ЛЖ. Минимальная регургитация 1 ст. Умеренная гипертрофия МЖП.

19.04.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря и в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики

10.04.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

16.04.18 Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового С.О.: ДТЗ II , тяжёлая форма, медикаментозная субкомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия. Фибрилляция предсердий. СН1.

05.04.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,1 см3; лев. д. V =8,6 см3

Перешеек –0,31 см.

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

Лечение:, мерказолил, персен, ксарелто, бисопролол, эналаприл, омепразол, тиотриазолин, магникор, клопидогрель, каптоприл, дигоксин,

Состояние больного при выписке: Уменьшилась дрожь в теле, потливость, психоэмоциональная лабильность, нормализовался показатель Св.Т4 – 23,9 (10-25) ммоль/л; с-м Мари +- АД 120/70 мм рт ст. ЧСС 80 уд /мин на фоне тиреостатической терапии.. Учитывая тяжёлую форму ДТЗ(наличие фибрилляции предсердий) пациенту показано оперативное лечение по поводу ДТЗ в плановом порядке .

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, 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 поддерживающей.
3. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД, хирурга-эндокринолога, кардиолога, через 2-3 нед с целью определения дальнейшей тактики ведения больного
4. Рек кардиолога: бисопролол 10 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д , аспирин кардио 100 мг 1р/д, клопидогрель 75 мг 1р/д, дигоксин 250 мкг ¼ т 1р/д веч Повторный осмотр кардиолога с результатом ЭКГ через 2 нед.
5. Рек невролога: бифрен 1т 2р/д ,
6. Рек хирурга-эндокринолога: учитывая, что тиреотоксикоз впервые выявлений, рекомендовано продолжить консервативную тиреостатическую терапию, наблюдение эндокринолога. При рецидиве тереотоксикоза решение вопроса об оперативном лечении.
7. Контроль ТТГ, Т4св через 2 нед, контроль УЗИ щит железы в динамике.
8. Конс. окулиста по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.