#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 617

##### Ф.И.О: Малафий Галина Васильевна

Год рождения: 1942

Место жительства: Михайловский р-н, пгт Михайловка ул. 40 л Октября 104

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 30.04.18. по 10.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб 1, средней тяжести, впервые выявлений. ИБС, диффузный кардиосклероз миграция водителя ритма, наджелудочковая экстрасистолия. СН 1. САГ 1 ст. ДЭП 1, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Начальная катаракта, ВМД, ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на учащенное сердцебиение при нагрузке, волнении, дрожь в теле, раздражительность, повышение АД, со слов больной, эпизодически в течение месяца до 160/90 мм рт.ст. снижение веса на 18 кг за 3 года, общую слабость ,утомляемость, снижение зрения памяти, нарушение сна, частые запоры. головные боли, головокружение

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течение 3 лет, когда начала отмечать снижение веса, за мед помощью не обращалась, . Обратилась к семейному врачу впервые в начале мая, назначены дообследования от 23.03.18 ТТГ - 0,01 (0,4-4,0), диагностирован тиреотоксикоз, назначен прием мерказолила 5 мг 2т 3р/д, принимает в течение месяца, определение Т4св не проводилось. Повышение АД эпизодически при физ нагрузке, гипотензивную терапию не получает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации тиреотоксикоза

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 02.05 | 130 | 3,9 | 7,4 | 25 | |  | | 2 | 2 | 60 | 34 | | 2 | | |
| 07.05 | 131 | 3,9 | 3,3 | 19 | |  | | 0 | 1 | 55 | 41 | | 3 | | |
| 08.05 |  |  | 4,2 |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 10.05 | 129 | 3,9 | 4,1 | 17 | |  | | 2 | 5 | 55 | 33 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.05 | 58,3 | 4,0 | 1,27 | 1,78 | 1,63 | | 1,2 | 4,16 | 60 | 13,1 | 3,1 | 3,28 | | 0,17 | 0,22 |

02.05.18 Анализ крови на RW- отр

05.05.18 АТрТТГ

04.05.18 Св.Т4 – 12,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - 460,7 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 200 (0-30) МЕ/мл

### 02.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

11.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр - белок – отр

04.05.18 Глюкоза крови – 4,6 ммоль/л

03.05.18Невропатолог: ДЭП 1, смешанного генеза, церебрастенический с-м.

08.05.18Окулист: VIS OD= 0,6-0,7н/к OS= 0,35сф + 1,0д=0,9 ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Д2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены уплотнены. в макулярной области выраженные изменения, множественные друзы, точечная пигментация, с-м Салюс 1 ст. . Д-з: Начальная катаракта, ВМД, ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

30.04.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм предсердный. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ

02.05.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм предсердный. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ

04.05.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, Ед, суправентрикулярная экстрасистола. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ

: На ЭКГ от 08.05.1, 09.05.18. Ритм синусовый, правильный, остальные данные те же

10.05.18 ЭКГ ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая брадикардия, суправентрикулярная экстрасистолия.. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.05.18 ЭКГ ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм мигарция водителя ритма. суправентрикулярная экстрасистолия.. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

03.05-11.05.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз миграция водителя ритма, наджелудочковая экстрасистолия. СН 1. САГ .

11.05.18 ФГДЭС: атрофическая гастропатия

04.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,6 см3; лев. д. V = 8,2 см3

Перешеек –0,56 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, В левой доле у перешейка диффузный кальцинат 0,57 см. (возможно узел с кальцинированной стенкой).. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узел? левой доли

Лечение: индапрес, предуктал MR, клопидогрель, адаптол, контроль, , персен, тиотриазолин, рибоксин, тирозол, нитроглицерин, мерказолил

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, дрожь в теле , потливость не беспокоят. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70-75 уд/мин. 04.05.18 Св.Т4 – 12,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, невропатолога, по м\жит.
2. Тирозол (мерказолил) 5мг 2т. утром + 1 т в обед + 1 т веч. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей. Контроль УЗИ щит железы через 1-2 мес, с послед. осмотром эндокринолога ОКЭД при подтверждении наличия узла левой доли проведение ТАПБ, конс хирурга-эндокринолога.
3. Рек. кардиолога: афабазол 1т 2р/д, клопидогрель 75 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, индап 2,5 мг 1р/д, Дообследование УЗДГ БЦА.
4. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга, УЗД МАГ, АСК, нейротропин 4,0 в/в № 10
5. УЗИ щит. железы в динамике через 1-2 мес для уточнения наличия узла левой доли . Контр ТТГ, Т4св в динамике через 2 нед.
6. Конс гастроэнтеролога по м/ж учитывая результаты ФГДЭС (атрофическая гастропатия)
7. Контроль ОАК в даинмике.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.