#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 0474

##### Ф.И.О: Авраменко Ольга Николаевна

Год рождения: 1961

Место жительства: Токмакский р-н, с. Новониколаевка ул. Космическая 114

Место работы: Н-Николаевский библиотеки филиал, зав. библиотекой.

Находился на лечении с 08.04.16 по 21.04.16 в энд. отд.

Диагноз: Послеоперационный гипопаратиреоз, средней тяжести, декомпенсация. Послеоперационный гипотиреоз ,средней тяжести, субкомпенсация. Состояние после тиреоидэктомии по поводу cr. щитовидной железы 24.03.16. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, патология МАГ (с-обр извитость ОСА с 2х сторон, левостороняя ВСА). С-м вестибулопатии. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне , протрузия дисков L2 -S1 . вертеброгенная люмбалгия справа. Хроническое рецидивирующее течение, стадия нестойкой ремиссии. Ожирение I ст. (ИМТ 34,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на судороги в/к и н/к, затруднение дыхания, головокружение, учащенное сердцебиение, судороги, увеличение веса на 10 кг за год, слабость, утомляемость, повышение АД до 170/90 ммрт. ст., сухость во рту жажду.

Краткий анамнез: С 21.03.16-01.04.16 стац лечение в отделение трансплантологии и эндокринной хирургии по поводу узлового зоба 2ст. 24.03.16 выполнено оперативное лечение: тиреоидэктомия с центральной и левосторонней радикальной модифицированной лимфодиссекцией по поводу на папиллярного Сг щит. железы. (ПГЗ от 24.03.16 В левой доле щит. железы разростание опухоли представлено папиллярными, трабикулярными и фолликулярными структурами, что содержит осветленные ядра с продленной бороздой по типу «кофейных зерен» характерные для ядер папиллярного рака, метастазы папиллярного рака в лимфатические узлы. Максимальный р-р опухоли 3 см. В пр доли элементов опухоли не выявлено( ПГЗ прилагается) В послеоперационном периоде начала отмечать судороги в/к и н/к, назначен прием СаД3 никомед 1т 2р\д . Эутирокс 100 мкг\сут. 04.04.16 ухудшение состояния, вызвана СМП, доставлена в ОИТ Токмакской ЦРБ. Получая лечения глюконат кальция в/в стр, СаД 3никомед, для дальнейшего лечения переведена в эндодиспансер. Повышение АД в течении 7 лет Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг утром, лизиноприл 5 мг 1р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

11.04.16 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр – 4,4 лейк – 6,1СОЭ – 5 мм/час

э- 3% п- 1% с- 59% л- 28% м- 9%

19.04.16 Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр – 4,6 лейк – 6,8СОЭ – 14 мм/час

э- 1% п- 2% с- 60% л- 32% м- 5%

11.04.16 Биохимия: СКФ –78 мл./мин., хол –5,44 тригл -1,78 ХСЛПВП – 1,44 ХСЛПНП -3,18 Катер -28 мочевина –5,3 креатинин – 107 бил общ –19,8 бил пр –4,5 тим –2,7 АСТ – 0,36 АЛТ –1,24 ммоль/л;

19.04.16 бил общ 17,6 бил пр – 4,29, АСТ 0,37 АЛТ 0,67

09.04.16 Са – 2,0 К – 3,9 Na - 147

15.04.16 Са – 2,10 К – 3,4 ; Nа – 146 ммоль/л

11.04.16 паратормон < 3,0 пг\мл ( 12,0-65,0)

20.04.16 Са – 2,61 ммоль/

ТТГ,свТ4 от 21.04.16 в работе.

### 11.04.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 7-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ум в п/зр

13.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр

##### 13.04.16 ОГТТ с 75 гр глюкозы натощак- 5,2 ч/з 1 час 6,0 ч/з 2 часа – 5,8

|  |  |
| --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 |
| 11.04 | 6,0 |

08.04.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, патология МАГ (с-обр извитость ОСА с 2х сторон, левостороння ВСА). С-м вестибулопатии. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне , протрузия дисков L2 -S1, вертеброгенная люмбалгия справа. Хроническое рецидивирующее течение, стадия неполной ремиссии.

11.04.16Окулист: осмотр в палате.

Глазное дно: ДЗН бледно розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

08.04.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Дистрофические изменения миокарда.

15.04.16 Хирург отд. трансплантологии ЗОКБ: Раны зажили первичным натяжением. Швы сняты.

08.04.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. С-м ВСД.

##### 13.04.6 совместный осмотр Леч. врач Соловьюк Е.А. Зав. отд. Фещук И.А. доц. каф. Ткаченко О.В.: диагноз см. выше. Рекомендовано –направить на радиойодтерапию после компенсации гипопаратиреоза.

20.04.16УЗИ щит. железы: культя пр д. V = 0,1 см3; лев. д. V = 0,1 см3

Перешеек –0,2 см. Эхоструктура средней эхоинтенсивности, диффузно неравномерная. Слева лоцируются 2 лимфоузла 1,0\*0,5 см и 1,0\*0,6 см, справа л/узел 1,0\*0,55 см, овальной формы, структура сохранена. Паращитовидные железы четко не лоцируются

Закл.: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме культей обеих долей щит. железы. Обращает внимание наличие увеличенных регионарных л/узлов сохраненной структуры.

Лечение: СаД3 Никомед, эутирокс, индапрес, глюконат кальция, эссенциале,

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость, утомляемость, судороги в/к и н/к не беспокоят. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 75 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, онколога, непропатолога по м\жит.
2. L-тироксин, (эутирокс) 100 мкг сут утром натощак за 30 мин до еды . Контроль ТТГ в динамике ч/з 1-2 мес.(Поддерживать уровень ТТГ в диапазоне 0,1 )
3. СаД3 никомед 2 табл.утр+2 табл в обед +1 табл веч.Контроль Са крови в динамике
4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес индапрес 2,5 мг 1р\д . Контроль АД, ЭКГ.
5. Рек. невропатолога: катадалон 100 мг 3р\д 1 нед,
6. УЗИ щит. железы Контр ТТГ,СВТ4 в динамике
7. Рек гинеколога: маммография планово. Повторный осмотр.
8. Рекомендации доц каф.Ткаченко О.В см.выше.
9. Б/л С АГВ N235240 с 08.04.16-21.04.16 к труду 22.04.16.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.