#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 153

##### Ф.И.О: Кириязи Рима Александровна

Год рождения: 1964

Место жительства: Г. Запорожье ул. Историческая 90-7

Место работы: ООО «Фози-Фуд», старший охранник

Находился на лечении с 05.02.16 по 16.02.16 в энд. отд.

Диагноз: Послеоперационный гипотиреоз, тяжелая форма, декомпенсация. Состояние после гемитиреоидэктомии, по поводу папиллярной карциномы щит. железы 16.12.15. Правосторонний постоперационный парез гортани. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), выраженный астенический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая ревматическая болезнь сердца, митральная регургитация СН 0-1. Гипертоническая болезнь II ст. 2 степени. Хронический холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. Недостаточность кардии. Дуодено-гастральный рефлюкс. H-pylory – отр.

Жалобы при поступлении на сердцебиение при нагрузке, снижение веса на 4 кг за 6 мес, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, сонливость, одышку при физ. нагрузке.

Краткий анамнез: В 11.2015 впервые выявлен узловой зоб, конс. эндокринологом, проведена ТАПБ щит. железы 20.11.15. – цитологическая картина пунктатов пр. доли представлена группами атипичных клеток фолликулярного эпителия с наличием внутриядерных включений. Папиллярная Сг щит. железы. 16.12.15 в усл. ОКОД произведена гемитиреоидэктомия пр. доли щит. железы, перешейка, нижнего полюса и центрального участка левой доли. ПГЗ: «Папиллярная карцинома щитовидной железы классический вариант .Перешеек без без особенностей рТ1аNxMх ПГЗ 24353-5 от 23.12.15. 02.02.16 Т3св – 2,94 ( 1,8-4,2) Т4св – 4,97 (11,5-22,7) ТТГ – 67,9 ( 0,4-4,0). Заместительную терапию в настоящее время не получает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

08.02.16 Общ. ан. крови Нв –113 г/л эритр –3,4 лейк –3,9 СОЭ – 8 мм/час

э-0 % п- 2% с- 52% л- 40% м-6 %

08.02.16 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –7,7 тригл -1,99 ХСЛПВП -1,56 ХСЛПНП -5,23 Катер -3,9 мочевина – 2,5 креатинин –78 бил общ –11,0 бил пр –2,8 тим – 2,9 АСТ –0,29 АЛТ –0,20 ммоль/л;

12.02.16 К – 3,9 ; Nа – 138 Са – 2,39 ммоль/л

### 10.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –3,4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

10.02.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

Глюкоза крови – 4,0 ммоль/л

10.2.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), выраженный астенический с-м.

10.2.16Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,6 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. склеротические изменения. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.02.16ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

08.02.16Кардиолог: Хроническая ревматическая болезнь сердца, митральная регургитация СН 0-1. Гипертоническая болезнь II ст. 2 степени.

09.02.16Гастроэнтеролог: Хронический холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. Недостаточность кардии. Дуодено-гастральный рефлюкс. H-pylory – отр.

11.02.16 ФГДЭС: Недостаточность кардии. Эритематозная гастродуоденопатия. Дуоденогастральный рефлюкс.

10.02.16ЛОР: Послеоперационный парез гортани, осиплость голоса.

18.01.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 0,1см3; лев. д. V = 0,4 см3

Культя правой доли фиброзно изменена. Эхоструктура левой культи практически однородная, с включениями фиброза, выше щитовидной железы в проекции перешейка справа округлый участок с фиброзом 1,11\*0,68.. Регионарные л/узлы визуализируются мелкие с обеих сторон до 0,26 см обычного строения. Закл.: Состояние после операции по поводу гемитиреодэктомии правой доли, перешейка, нижнего полюса и центрального участка левой доли по поводу заболевая пр. доли (16.12.15). Культи обеих долей.

Лечение: L-тироксин, холоплант, гастритол, дормиплант.

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость, утомляемость. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 75 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, ЛОР, онколога по м\жит.
2. L-тироксин 75 мкг утром натощак за 30 мин до еды в течении 1 нед, затем дозу увеличить до 100 мкг\сут. контроль ТТГ в динамике ч/з 1 мес, с послед. коррекцией дозы при показаниях ( поддержание уровня ТТГ <0,1) .
3. Контроль Са крови в динамике,
4. Контроль УЗИ щит. железы в динамике.
5. Рек гастроэнтеролога: стол № 5, режим питания холоплант 1к 2р\д за 15 мин до еды 1 мес, гастритол 10к 3р/д во время еды 10-12 дней, дормиплант 1т 3р/д 2 нед,
6. Рек. кардиолога: нолипрел 1т\* 1 р/день. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Рек .лор .врача –осмотр лор.врача 1 раз в год.
8. Направить на ВКК по м\ж для определения степени утраты трудоспособности.
9. Б/л серия. АГВ № 235156 с 05.02.16 по 16.02.16. К труду 17.02.16.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/оЗав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.