#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1181

##### Ф.И.О: Гордевский Сергей Григорьевич

Год рождения: 1966

Место жительства: Приазовский р-н ,с. Гановка ул. Калинина 64

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.09.18 по  24.09.18 в энд. отд.

Диагноз: Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, субкомпенсация. Послеоперационный гипопаратиреоз, резней тяжести, медикаментозная субкоменсация. Сахарный диабет, тип 2, легкая форма. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Осложненая артифакия ВПК, Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на общую слабость, быструю ухудшение зрения, памяти, сонливость, затруденние речи, судороги в в/к т н/к,

Краткий анамнез: В 19986 произведена удаление новообразования щит железы ( тотальная струмэктомия), после чего развился теноз гортани, гипотиреоз, гипопаратиреоз. ПГЗ не предоставлен, со слов больного СГ щит щелезы. Постоянно получает заметсительнутю терапию, в настоящее время L-тироксин 150 мкг ( в течение 2 некд), Ранее получал 100 мкг. 20.07.18 Т4св – 11,9 ( 11,5-2,7) ТТГ – 10,2 (,4-4,0) на 100 мкг L-тироксина. По поводу п/о гипотиреоза принимает препараты кальция 22.11.16 паратгомрон < 3,0. Госпитализирован в обл. энд. диспансер с целью коррекции заместительной терапии. В 1987 туберкулез легких ( проводилась резекция сегмента пр. легкого

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.09 | 135 | 4,1 | 5,0 | 48 | |  | | 1 | 1 | 70 | 21 | | 7 | | |
| 17.09 | 140 | 4,2 | 6,2 | 25 | |  | | 1 | 1 | 68 | 28 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.09 | 100 | 4,2 | 1,44 | 1,21 | 2,44 | | 2,5 | 5,1 | 85 | 11,0 | 2,4 | 1,9 | | 0,27 | 0,77 |

20.09.18 Глик. гемоглобин – 6,8%

22.09.18 ОГТГ с 75 мкг натошак – 5,1 через 2 часа – 10,2 ммоль/л.

14.09.18 ; ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

12.07.09.18 К – 3,98 ; Nа 131– Са++ -1,08С1 -98 ммоль/л

17.09.18 Са -1,1

### 12.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.09 | 5,6 |  |  |  |  |
| 20.09 | 5,0 | 7,3 | 6,4 | 8,3 |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

21.09.18 Окулист: ОИ ратифакия, уплотнения ,помутнение задней капсулы хрусталика. Гл. дно: сосуды узкие ,уплотнены ,склерозированы, неравномерного калибра, полнокровны, с-м Салюс 1-2 . В макуле рефлекс сглажен .й Д-з: Осложненая артифакия ВПК, Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.09ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ..

11.09.18 Пульмонолог: Хр. бронхит, СПО частичная резекция в/д пр. легкого по поводу туберкулеза 1986: СПО резекция щит железы, удаление пр голсовых связок Сг 1976. Паренз пр половины гортани, стеноз гортани ,смешанные нарушения ФВД вследсиве нарушение готани 2 ст.

11.09.18 ЛОР: Хронический ларингит. СПО удаление пр глоовсовй складки, неподвижность пр. Половины гортани стеноз О-1.

09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

11.0.9.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V = фиброз см3

Паренхима щит железы и регионарные л/узлы не визуализируются. Очаговые образовая в проекции ложа щит железы не визуализиурюся. Закл.: культи обеих долей.

Лечение: троксин, тиолипон, СаД3 нкиомед,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, уменьшилась общая слабость ,утмоляемость, . АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, пульмонолога, ЛОР по м\жит.
2. L-тироксин 150 мкуг утром натощак за 30 мн до еды. Контроль ТТГ в динамике через 3 мес.
3. СаД3 никомед 1т 3р/д под контролем Са крови.
4. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
5. Конс кардиолога, невропатолога по м/ж.
6. Рек пульмонолога: наблюдение ЛОР , при прогрессировании стеноза реконструктивная операция трахитомия
7. Рек ЛОР: наблюдение врача отоларинголога.
8. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
9. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
10. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
11. Рек. кардиолога:
12. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
13. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
14. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 09.18 . по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.