#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1139

##### Ф.И.О: Игнатюк Александр Анатольевич

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Героев Сталинграда 14-130

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 31.08.18 по  04.09.18 в энд. отд.

Диагноз: Послеопераицонный гипотиреоз средней тяжести декомпенсация. Тиреоидэктомия (2017). Эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза ОИ. Гипокальцийэмия. Метаболическая кардиомиопатия АВ блокада 1 ст. СНI.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 20 кг в течение года, общую слабость, утомляемость, головные боли, головокружение, периодически судороги икроножных мышц .

Краткий анамнез: Диффузный токсический зоб с 2016, до 2017 не лечился. Принимал тиреотстатики кротким курсом, в связи с лейкопенией на фоне приема тиреостатиков направлен на конс к хирургу. В 2017 тиреоидэктомия. ПГЗ – диффузный токсический зоб с очагами трасформации фолликулярных структур, очаговой лимфоидной инфильтрации. Формированием единичных лимфоидных фолликулов. В послеоперационном периоде развился гипотиреоз. В настоящее время принимает эутирокс 125 мкг/150 мкг через день. Д(данную дозу принимает в течение недели). Ранее принимала 100 мкг/сут. 20.08.18 ТТГ – 20,2 ( 0,4-4,0) В послеоперационном периоде в связи с гипокалиемией в послеоперационном периоде в связи с гипокальцимией назначены препараты кальция. В настоящее время принимает СаД3 никомед 500/400мг 2р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.20.8.18 Са ион – 0,85.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 07.09 | 144 | 4,29 | 3,4 | 2 | |  | | 2 | 4 | 73 | 13 | | 8 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 03.09 | 77,3 | 3,29 | 1,24 | 1,49 | 1,2 | | 1,2 | 7,7 | 116 | 47,0 | 6,3 | 2,0 | | 0,52 | 0,3 |

20.08.18 ТТГ – 20,2 (0,3-4,0) Мме/мл

03.09.18 партгормон 20,88 пг/мл

03.09.18 К – 4,25 ; Nа – 137 Са++ -1,10 С1 99- ммоль/л

### 03.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

03.09.18 глюкоза 3,6 ммоль/л

04.09.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,1 н/к ; экзофтальм. глазные щели смыкаются. Движение в полном объеме. Конъюнктива почти спокойная, оптические среды прозрачные. Гл. дно: сосуды умеренно извиты, вены полнокровны. Д-з: эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза ОИ.

04.09.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия АВ блокада 1 ст. СНI.

Рек. кардиолога:

04.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V = 0,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: культи обеих долей. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эутирокс, тиолипон, Сад3ниеомед, эссеннциале.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, уменьшились общая слабость. выписан из отделения из-за нарушения внутрибольничного режима АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Эутирокс (L-тироксин) 150 мкг утром натощак по четным числам 125 мкг по нечетным.
3. Контроль ТТГ в динамике через 1 мес. с послед коррекцией дозы при показаниях.
4. Рек. кардиолога: кардонат 1т 3р/д 1 мес. контроль АД.
5. Конс невропатолога по м/ж
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. после компенсации гипотиреоза.
7. Эссенциале 2т 3р/д 1 мес. контроль печёночных проб в динамике. Учитывая повышение печеночных проб показан о определение маркеров вирусного гепатита В и С, УЗИ ОБП, конс гастроэнтеролога.
8. СаД3 никомед 500/400 1т 2р/д, под контролем уровня Са крови.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.