#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1030

##### Ф.И.О: Гординец Ирина Николаевна

Год рождения: 1969

Место жительства: Бердянский р-н, с. Осипенко, ул. Ленина 134.

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 31.08.16 по 12.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Гипоплазия гипофиза. Вторичный гипотиреоз средней тяжести, декомпенсация. Преждевременная менопауза. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митрально-аортальная недостаточность, аортальный стеноз. ДЭП 1-II сочетанного генеза, выраженные вестибулопатический с-м. Двухстороння пирамидная симптоматика. Цереброастенический с-м. Миопия средней степени, ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, снижение АД до 80/60 мм рт . ст, отеки лица, боли в спине, снижение на 4 кг за 3 мес. общую слабость, быструю утомляемость, ухудшение зрения памяти, запоры.

Краткий анамнез: В 2012 при первичном обращении к неврологу (подозрение на ТИА) выявлено образование (КТ головного мозга от 06.11.12 – признаки аденомы гипофиза), состоит на «Д» учете нейрохирурга, невропатолога. 27.07.13 МРТ – картина объемного образования селлярной области на фоне дисциркулятонной энцефалопатии. 25.08.13 СТГ – 0,05 (0,1-10,0), консультирована эндокринологом, нейрохирургом. Со слов больной обращалась НИИ нейрохирургии г. Киев, предложено оперативное лечение от которого пациентка отказалась. 19.07.14 МРТ - картина дисциркуляторной энцефалопатии. Лакунарная постишемическая киста паравентрикулярной области слева. Косвенные МРТ-признаки нарушения венозного оттока в луковице левой внутренней яремной вене. Увеличение размеров турецкого седла, пролабирование в его полость базальных отделов правой прямой извилины, дислокация хиазмы. Увеличение размеров воронки гипофиза и её патологическое повышение сигнала, необходимо дифференцировать между остаточными реактивными изменениями на фоне перенесенного гипофизита, либо кровоизлияния в области турецкого седла, либо наличием объемного образования. 28.07.15МРТ головного мозга – МРТ-признаки дисциркуляторной энцефалопатии, лакунарной постишемической кисты в перивентрикулярной области слева. МРТ признаки увеличения размеров турецкого седла, пролабирование в его полость, базальных отделов правой прямой извилины. 20.08.15 ТТГ – 0,19 (0,4-4,0) Т4св – 0,48 (0,78-1,94) кортизол – 242 (160-670). Консультирована эндокринологом ОКЭД в 2015.диагностирован пангипопитуитарный с-м, гипотиреоз тяжелая форма, впервые выявлений. Назначен прием эутирокса по схеме (начиная с 12,5 мкг, постепенно увеличивая до 75 мкг/сут), пациентка принимала коротким курсом, в дальнейшем прием препаратов самостоятельно отменила к эндокринологу не обращалась. Ухудшение состояние в течении 3 мес, обратилась к нейрохирургу ЗОКБ, 30.08.16 проведено МРТ головного мозга, признаки гипоплазии гипофиза, картина пустого турецкого седла с признаками пролабирования хиазмы в полость турецкого седла. Начальные признаки лейкоэнцефалопатии. 13.08.16 нейрохирург: гипоплазия гипофиза, нейрохирургическое оперативное вмешательство не показано, лечение у эндокринолога. 30.08.16 консультирована эндокринологом ОКЭД проведены дообследования. 30.08.16 Т4св- <0,1 (0,7-1,63) ТТГ – 0,45. (0,4-4,0) АКТГ – 14 (<46), кортизол - 299 (160-670) пролактин – 2,91 (69-750). В настоящее время заместительную терапию не получает. Госпитализирована в ОКЭД для уточнения диагноза, подбора заместительной, гормональной терапии.

Данные лабораторных исследований.

01.09.16 Общ. ан. крови Нв –109 г/л эритр – 3,3лейк –3,3 СОЭ –15 мм/час

э- 0% п- 1% с- 69% л- 28% м-2 %

09.09.16 Общ. ан. крови Нв – 123 г/л эритр –3,7 лейк – 4,7 СОЭ –55 мм/час

э-4 % п- 0% с- 68% л-26 % м- 2%

01.09.16 Биохимия: СКФ –63,8 мл./мин., хол –5,4 тригл -4,2 ХСЛПВП -1,07 ХСЛПНП – 2,42Катер – 4,04мочевина –4,8 креатинин –124 бил общ –20,4 бил пр – 4,3 тим –12,6 АСТ – 1,6 АЛТ – 0,86 ммоль/л;

08.09.16 Биохимия: мочевина – 3,36 креатинин –111 бил общ –12,9 бил пр –1,55 тим – 1,21;

06.09.16 ФГС – 1,0 мМЕ/мл, ЛГ – 0,2 мМЕ/мл, железо – 13,6 мкмоль/л

09.16 АСТ – 1,92 АЛТ 1,57.

### 01.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

02.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

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

09.09.16 сут диурез 1,5 л, уд вес мочи -1010 суточная глюкозурия отр; суточная протеинурия – отр

##### 09.09.16 Микроальбуминурия – 23,9мг/сут

06.09.16 Анализ очи по Зимницким: Дн. д. 2,5л; ночн. д. – 1,05л; сут д. – 4,1л

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во молчи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1005 | 0.5 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1008 | 0.2 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1005 | 0.1 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1004 | 1.7 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1004 | 0.65 |
| 6 | 21.00-24.00 | - | - |
| 7 | 24.00-3.00 | - | - |
| 8 | 3.00-6.00 | 1007 | 0.4 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.09 | 4,3 |  |  |  |  |
| 03.09 | 5,2 | 5,3 |  | 5,3 |  |

31.08.16Невропатолог: . ДЭП 1-II сочетанного генеза, выраженные вестибулопатический с-м. Двухстороння пирамидная симптоматика. Цереброастенический с-м.

01.09.16Окулист: Vis ОД 0,06 с кор 0,2 Vis OS 0,6 с кор 0,4. Веки умеренно отечны. Глазная щель смыкается полностью. Но при моргании слева отставание и неполное смыкание век. Конюктива слева слегка раздраженная. Осмотр на узкий зрачек. ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:2, вены расширены, уплотнены, сосуды умеренно уплотнены вены извиты, склерозированы. Д-з: Миопия средней степени. Ангиопатия сетчатки ОИ. Неврит тройничного нерва слева?

05.09.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Дистрофические изменения миокарда.

09.09.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

01.09.16Кардиолог: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митрально-аортальная недостаточность, аортальный стеноз. .

12.09.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, на фоне которого нельзя исключить наличие формирующихся мелких конкрементов.

12.09.16 гинеколог: преждевременная менопауза.

31.08.16 нейрохирург: гипоплазия гипофиза.

08.09.16 Хирург: на момент осмотра данных за хирургическую патологию нет

07.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6 см3; лев. д. V = 3,3 см3

Размеры железы на нижней границы норма. Контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким и крупным фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Лечение: торсид, эутирокс, вестибо, L-тироксин, предуктал MR, кортексин, нейроксон.

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость, утомляемость, отечность. АД 110/60 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нейрохирурга, невропатолога, окулиста, гинеколога по м\жит.
2. Эутирокс (L-тироксин) 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды, дозу увеличивать на 25 мкг 1р в 2 нед до 75 мкг\сут. Контроль Т4св, ТТГ через 1 мес, с послед. коррекцией дозы при показаниях эндокринологом по м\ж.
3. Консультация гинеколога-эндокринолога для подбора заместительной терапии.
4. После компенсации гипотиреоза контроль кортизола крови, АКТГ, ЛГ, ФСГ.
5. Контроль ОАК через 1 нед.
6. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., трифас 5 мг 1р\д . Контроль АД, ЧСС, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р\д 1 мес Дуплекс МАГ в плановом порядке.
8. Рек. нейрохирурга: нейрохирургическое оперативное вмешательство не показано, лечение у эндокринолога.
9. Рек гинеколога: наблюдение у гинеколога по м\ж.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль Т4св, ТТГ
11. Эссенциале 2т 3р\д 1 мес., пациентка сдала анализ крови на маркеры вирусного гепатита В и С (в работе). Консультация гастроэнтеролога, при показаниях инфекциониста после получения результатов.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.