#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 799

##### Ф.И.О: Надкерничный Павел Григорьевич

Год рождения: 1977

Место жительства: г. Запорожье ул. Портовая 2/69

Место работы: ЧАО «Днепроспецсталь» мастер ремонта мех. оборудования.

Находился на лечении с 29.05.17 по 09.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Двухстороння узелковая гиперплазия надпочечников. Идиопатический гиперальдостеронизм, легкая форма. Диффузный зоб II. Эутиреоз. Повышение гликемии натощак. Мелкая киста шишковидного тела. С-м сухого глаза. Миопия слабой степени ОИ. САГ. Вегетативная дисфункция астеноневротический с-м. эмоционально волевые расстройства. венозная дисгемия. ДДПП на шейном уровне. С-м цервикокраниалгия, хр. рецидивирующее течение.

Жалобы при поступлении на постоянные головные боли, слабость, утомляемость, ухудшение памяти, нарушение эмоционального фона.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течение последних 13 лет. когда впервые повысилось АД. Проходил курс стационарно консервативной терапии по поводу АГ - без положительного эффекта. 07.2016 МРТ надпочечников – 2х стороння микронодулярная гиперплазия. С 30.01.17 – 03.03.17 стац лечение в отд эндокринной хирурги ЗОКБ с диагнозом, микронодулярная гиперплазия обеих надпочечников.. первичный идиопатический гиперальдостеронизм. САГ. При обследовании 24.01.17 кортизол – 0,1 нг/мл 31.01.17 альдостерон 750 нг/мл, кортизол 540 нг/мл, АКТГ – 11 нг/мл, кальцитонин 8,2 нг/мл, Са++ – 1,26. 02.02.17 селективный забор крови и з надпочечниковых вен - ЦВПН кортизол – 2200,00 альдостерон 516,21 ЦНЛН кортизол – 1411,76 Альдостерон – 225,9 По результатам коэф. латерализации составляет 1,4:1, что свидетельствует в пользу идиопатической этиологии первичного гиперальдостеронизма. Рекомендовалось: прием верошпирон 50 мг 2р\д под контролем АД, уровня калия. Принимал в течение 2х мес, затем отменил самостоятельно. Диффузный зоб с 2014 ТТГ 0,66 Т4св -9,9 АТТПО – 4,81. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции терапии

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 30.05 | 138 | 4,1 | 4,4 | 10 | 1 | 0 | 64 | 34 | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.05 | 106,5 | 4,6 | 1,95 | 1,195 | 1,15 | 2,6 | 3,0 | 4,7 | 91 | 11,3 | 2,9 | 0,35 | 0,66 |

31.05.17 К – 4,3 ; Nа – 136 ммоль/л

02.06.17 К – 4,2 ; Nа – 137,7 ммоль/л

04.06.17 К – 3,67 ; Nа – 139,7 Са – 2,76 ммоль/л

09.06.17 ОГТГс 75 гр глюкозы – 4,3; через 1 час 9,9; через 2 часа 3,7.

### 30.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 | 8,5 |  |  |  |  |
| 08.06 | 5,9 | 4,6 | 5,7 | 4,5 |  |

31.05.17Невропатолог: ДДПП на шейном уровне. С-м цервикокраниалгия , хр. рецидивирующее течение. Вегетативная дисфункция астеноневротический с-м. эмоционально волевые расстройства. венозная дисгемия.

08.06.17 Нейрохирург: Киста шишковидной железы

06.06.17 Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сдвиг в носовую сторону. Эксп0,4-0,5 ДД. Артерии сужены, Салюс 1. Вены неравномерного калибра. Сосуды умеренно извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: С-м сухого глаза. миопия слабой степени ОИ.

29.05.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Высокие з. Т в V2-4 ваготония.

02.06.17 Ангиохирург: Дисциркуляторная энцефалопатия

05.06.17 МРТ головного мозга: Мелкая киста шишковидной железы. Других изменений со стороны головного мозга при МРТ-исследовании не выявлено.

29.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 16,0 см3; лев. д. V = 13,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с множественными расширенными фолликулами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: бифрен, индапрес, нормовен, L-лизин эсцинат, армадин, кортексин

Состояние больного при выписке: уменьшились слабость, утомляемость, интенсивность головных болей. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, контроль гликемии натощак в динамике.
3. Верошпирон 50 мг 1р\д. под контролем АД, уровня К в динамике.
4. Рек. невропатолога: эзопрам 10 мг утром до 3 мес. бифрен 1т 2р\д 1 мес. нормовен 1т 2р\д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
6. Рек. окулиста: закапывать препараты искусственной слезы 3-4р/д.
7. Рек нейрохирурга: в лечение у нейрохирурга не нуждается. Наблюдение и лечение у невролога по м\ж.
8. Б/л серия. АГВ № 235872 с 29.05.17 по 09.06.17. к труду 10.06.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В