#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 219

##### Ф.И.О: Желтоухов Владимир Васильевич

Год рождения: 1944

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 31-52

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.02.17 по 23.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Пангипопитуитаризм впервые выявлений с выпадением тиреотропной, кортикотропной функции. Вторичный гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявлений. Вторичная надпочечниковая недостаточность средней тяжести, впервые выявленная. Неопластический несахарный диабет, средней степени, впервые выявлений. Объемной образование гипоталамуса с компрессией супраселлярной области с вторичными эндокринными нарушениями. Объемное образование обоих надпочечников. ИБС, диффузный кардиосклероз неполная блокада ПНПГ.СН I Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II , выраженный цереброастенический с-м. умеренная кортикальная атрофия. Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость. АД 1 ст АS II ст. Язвенная болезнь а/фаза, ГЭРБ хронический эрозивный гастродуоденит. Рубцовая деформация луковицы ДПК, H-pylory - отр. СРК со склонность к запорам. Хронический холецистит, панкреатит, вне обострения. Гемангиома левой доли печени и киста пр. доли печени. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, общую слабость, утомляемость, дискомфорт по ходу кишечника, сухость во рту 6-7л/д, полиурия 5-6 л/сут, жажда, снижение веса на 2 кг за год, снижение памяти, слуха, снижение АД до 90/60 мм рт ст.

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились с 11.2016. (сухость во рту, жажда, полиурия), обратился к терапевту по м\ж, назначено дообследование. Инсулин – 2,6 (2,6-24,9), глик гемоглобин – 5,6% ( 4,0-6) 8.02.17 проведено Кт ОГК, брюшной полости, таза - единичная начальная гиперплазия лимфоузла левого корня. КТ признаки атипичной капиллярной гемангиомы левой доли печени и кисты пр. доли. Хр. холецисто–панкреатит. Объемное образование обоих надпочечников. Гемангиомы тела Th 10 позвонка. КТ признаков объемной и вторичной очаговой патологии со стороны паренхиматозных органов ОГП и ОМТ не выявлено. 01.02.17 проведено ФГДЭС: Эрозивный рефлюкс эзофагит ст. В недостаточность кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эрозивный бульбит. Рубцовая деформация луковицы ДПК, Эритематозная гастропатия. 07.02.17 конс. абдоминальным хирургом Запорожского онкодиспансера: «Киста, гемангиома печени, данных за заболевание поджелудочной железы не выявлено», рекомендовано конс. эндокринолога. 13.02.17 конс. эндокринологом поликлиники ОКЭД заподозрен несахарный диабет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для уточнения диагноза, тактики дальнейшего ведения больного..

Данные лабораторных исследований.

14.02.17 Общ. ан. крови Нв –157 г/л эритр – 4,7лейк – 5,1 СОЭ –27 мм/час

э- 2% п- 0% с- 55% л- 33 % м- 10%

16.02.17 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр – 4,3лейк – 4,5 СОЭ – 14 мм/час

э-6 % п- 1% с- 50% л- 36% м- 7%

20.02.17 Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр –4,4 лейк – 9,6 СОЭ –24 мм/час

э-1% п- 0% с-53 % л- 40% м-6 %

21.02.17 Общ. ан. крови Нв –149 г/л эритр –4,6 лейк – 6,3 СОЭ –8 мм/час

э-5% п- 0% с-55 % л- 33% м-7 %

14.02.17 Биохимия: СКФ –44 мл./мин., хол –5,3 тригл -1,83 ХСЛПВП -0,89 ХСЛПНП – 3,6Катер -4,9 мочевина – 4,6 креатинин 133,1 бил общ –9,8 бил пр – 2,4 тим –0,54 АСТ – 0,31АЛТ –0,27 ммоль/л;

15.02.17 пролактин -21,7 ( 2,5-17,0), АКТГ – 2,5 (7,2-63,3) кортизол – 1,38(6,2-19,4) Т4св – 5,34 ( 11,5-22,7) ТТГ – 0,5 ( 0,4-4,0)

16.02.17 Мочевина – 4,8 креатинин – 132 СКФ 44,3

15.02.17 К – 4,04 ; Nа – 144,9 Са – 1,8 ммоль/л

23.02.17 К – 4,41 ; Nа – 144,9 Са++ – 1,23 С1- 107 ммоль/л

### 14.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

15.02.17 Анализ мочи по Зимницкому: Дн. д. 2,13; ночн. д. – 1,7л; сут д. – 3,83

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1007 | 0,55 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1006 | 0,63 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1005 | 0,65 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1005 | 0,3 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1005 | 0,5 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1005 | 0,3 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1005 | 0,6 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1005 | 0,3 |

20.02.17 Анализ мочи по Зимницкому: Дн. д. 2,78; ночн. д. – 2,4; сут д. 5,18

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1002 | 0,55 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1002 | 0,43 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1002 | 0,7 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1002 | 1,1 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1002 | 0,85 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1003 | 0,6 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1002 | 0,45 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1003 | 0,5 |

21.02.17 Анализ мочи по Зимницкому: Дн. д. 0,9; ночн. д. – 0,6; сут д. 1,350л

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1010 | 0,25 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1008 | 0,15 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1008 | 0,4 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1007 | 0,1 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1008 | 0,15 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1010 | 0,1 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1003 | 0,2 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1008 | 0,2 |

13.02.17 глюкоза крови – 3,5ммоль/л

14.02.17 глюкоза крови – 3,5 ммоль/л

13.02.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, выраженный цереброастенический с-м

Окулист: VIS OD= 0,5сф + 0,5=0,7-0,8 OS= 0,4сф – 1,0 д=0,8-0,9 ; ВГД OD= 21 OS=21

периодические помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. атрофия хориоэдеи А:V 1:3, артерии узкие вены неравномерного калибра, полнокровны. Салюс I-II выраженный ангиосклероз. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

20.02.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз неполная блокада ПНПГ.СН

15.02.17 ЛОР: Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость. АД 1 ст АS II ст.

20.02.17 Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь а/фаза, ГЭРБ хронический эрозивный гастродуоденит. Рубцовая деформация луковицы ДПК, H-pylory - отр. СРК со склонность к запорам. Хронический холецистит, панкреатит вне обострения гемангиома левой доли печени и киста пр. доли печени.

14.02.17МРТ головного мозга: МРТ картина объемного образования гипоталамуса, умеренно компримирующего задние отделы зрительного перекреста, воронку гипоталамуса, супраселлярную цистерну, незначительно воздействующее на сосцевидное тело. Минимальные проявления дисциркуляторной лейкоэнцефалопатии. Значительно выраженная кортикальная церебральная атрофия, умеренно выраженная кортикальная церебральная конвекситальная атрофия.

14.02.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз согласован

15.02.17 Нейрохирург: Объемной образование гипоталамуса с компрессией структуры супраселлярной области с вторичными эндокринными нарушениями.

16.02.17 осмотр доц. кафедры Соловьюк А.О: Пангипопитуитаризм. Третичный гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность, несахарный диабет впервые выявлений на фоне объемного образования гипоталамуса с признаками компрессии. Инсидентиломы обоих надпочечников. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Язвенная болезнь, неактивная фаза. Рубцовая деформация Луковицы ДПК. Киста пр. доли печени. Хр. холецистопанкреатит.

17.02.17 сомтр асс. каф. госпитальной хирургии ЗГМУ к. мед наук Подлужного АА, к. мед наук Вильхового С.О: Объемное образование обоих надпочечников. Объемное образование гипоталамуса с гипофункцией.

15.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9 м3; лев. д. V =6,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, несколько однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: преднизолон, эутирокс, СаД3 никомед, альмагель, эзолонг, даларгин, де-нол, фосфалюгель, дифенорм, нормазе, уропрес,

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость, утомляемость, сухость во рту жажда. АД 110/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, нейрохирурга, гастроэнтеролога, окулиста, кардиолога по м\жит.
2. Уропрес 1д в 1 носовой ход в 20.00 под контролем ан. мочи по Зимницкому.
3. Преднизолон 2,5 мг в 8.00, 2,5 мг в 11.00 Контроль кортизола крови, АКТГ, К, Na, в динамике, при показаниях коррекция дозы.
4. Эутирокс (L-тироксин) 12,5 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контроль Т4 св через 1 мес с послед. коррекцией дозы при показаниях.
5. Рек нейрохирурга: решение вопроса о проведении курса радиохирургии на объемное образование (Кировоградский центр нейрохирургии) КБ «Феофания» г. Киев, НИИ нейрохирургии им Ромоданова г.Киев
6. Рек асс. каф госпитальной хирургии ЗГМУ Подлужного АА, Вильхового С.О: определить альдостерон крови, пересмотр КТ снимков с описанием нативной плотности образования и положения, вымывание контраста, повторная консультация (в настоящее время от дообследования отказался).
7. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., при отсутствии противопоказаний.
8. Рек ЛОР: ежегодный аудиометрический контроль, наблюдение ЛОР, сурдолога.
9. Рек гастроэнтеролога: стол№ 1-5, режим питания де-нол (гастронорм) 2т 2р\д за 30 мин до еды 2 нед, дефенорм 1к 3-4р/д 1 мес, фосфалюгель к 3р/д через 30-40 ин после еды 10-12 дней. Нормазе 1 дес. ложки 2р\д 7-10 дней.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св
11. Контроль креатинина, мочевины в динамике. Консультация нефролога по м/ж.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В