#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 560

##### Ф.И.О: Пересыпко Юлия Викторовна

Год рождения: 1984

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Водяное ул. Ленина 254

Место работы: н/р , инв Ш гр

Находился на лечении с 18.04.18 по 30.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недосточность тяжелая форма, ст декомпенсации. АИТ без увеличения объёма гипотиреоз средней тяжести ст. декомпенсации. Эндокринная офтальмопатия легкой степени ,активная фаза. Ангиопатия сетчатки ОИ. Вторичный системный отеопороз. (Т-3,4) Метаболическая кардиомиопатия СН 0 ст. СВД Соматоформное расстройство на фоне основного заболевания. Тревожный с-м.

Жалобы при поступлении на слабость утомляемость, снижение Ад до 90-80/60, бронзовый отенок кожи, тошнота, рвота по утрам, зябкость сонливость.

Краткий анамнез: Хроническая надпочечниковая недостаточность тяжелая форма с 2011. Кортизон – 2,7 ( 5,0-25,0 от 21.07.16 АТТГ – 686 (0-47) от 01.08.16. Постоянно заместительная терапия (преднизолон) кортизол. В наст. время принимает: кортизон 25 мг 6.00 1т 11.00 – 1/2т. АКТГ – 41,9 от 05.10.17 АКТГ – 747,8 ( 0-47) от 12.12.17. АИТ гипотиреоз с 2016, постоянно заместительная терапия. АТТПО от 27.09.16 – 1518 (0-30). Вторичный смешанный остеопороз с 08.06.17. (конс Украинского ОНМЦ проблем остеопороза) ТТГ – 12,4 ( 0,4-4,0) от 31.03.18. В настоящее время принимает L-тироксин 75/100 мкг через день. Госпитализирована для коррекции заместительной терапии, лечения осложнений.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.04 | 158 | 5,45 | 5,5 | 10 | | 246 | | 2 | 2 | 27 | 66 | | 3 | | |
| 27.04 | 147 | 4,4 | 4,5 | 14 | | 0 | | 1 | 2 | 26 | 69 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.04 | 77 | 5,46 | 1,51 | 1,73 | 3,04 | | 2,2 | 7,2 | 97 | 13,1 | 3,2 | 5,7 | | 0,49 | 0,78 |

19.04.18 АКТГ – 2000,0 ( 7,2-63,0)

19.04.18Инсулин – 22,83 ( 2,6-24,9) индекс НОМА – 5,74 ( <2.7)

19.04.18 Глик. гемоглобин -5,4 %

20.04.18 ТТГ – 4,7 (0,3-4,0) Мме/мл

19.04.18 К – 5,13 ; Nа – 128,2 Са++ -1,15 С1 -95 ммоль/л

27.04.18 К – 4,47 ; Nа – 136,7 Са++ -1,11 С1 -104 ммоль/л

### 19.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19/04/18 Глюкоза 4,9 ммоль/л

19.04.18Невропатолог: СВД, СВД Соматоформная расстройство на фоне основного заболевания. Тревожный с-м.

24.04.18 Окулист: ОИ гл щели широко раскрыты, с-м Дальримпля, дрожание век при смыкании, движение гл яблок в полном объеме. Конъюнктива спокойная, на гл дне ДЗН бледно-розовый, гр четкие А:V 1:2 с-м Гвиста, артерии сужены. В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офтальмопатия легкой степени, активная фаза, Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.04.18ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

20.04.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0 ст. Симтоматическая артериальная гипертензия.

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

10.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =3,3 см3; лев. д. V = 4,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умереныне диффузные изменения паренхимы.

Лечение: кортизол, L-тироксин, диалипон, витаксон, пирацетам, аскорбиновая кислота

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, , уменьшились слабость, утомляемость . АД 90/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Кортизон 25 мг 6.00 – 1,5т., 11.00 – 1/2т. – постоянная заместительная терапия под контролем электролитов, ОАК в динамике.
3. При интеркуррентной патологии с выраженной интоксикацией и гипертермией, при хирургических вмешательствах (даже малого объема) дозу кортизона увеличить на 25-50 мг/сут в зависимости от тяжести состояния.
4. L-тироксин (эутирокс) 75/100 мкг через день, утром натощак за 30 мин до еды.
5. Контроль УЗИ щит железы 1р в 6 мес . Контроль ТТГ через 2 мес с послед. коррекцией заместительной терапии
6. Рек кардиолога: тризипин лонг 1т 1р/д,
7. Рек невролога: прегабалин 75 мг веч длительно. Адаптол 500 мг 2р/д
8. Рек окулиста: осмотр окулиста в динамике (через 3 мес)

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.