#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1195

##### Ф.И.О: Тумановская Марина Николаевна

Год рождения: 1973

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Матвеевка ул. Гагарина 190

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 13.09.18 по  19.09.18 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность, легкая форма, стадия субкомпенсации . Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Метаболическая кардиомиопатия СНI. Ф .кл II..

Жалобы при поступлении на слабость, утомляемость, ухудшении зрения, головные боли, головокружение, сухость во рту, жажду, судорожные приступы 1-2р/мес, тошнота, периодически рвота.

Краткий анамнез: Впервые надпочечниковая недостаточность диагностирована в 2000 г. (кортизол крови – 2,9 мкг/дл ( 4,0-27)) диагноз больной подтвержден в Киевском НИИ эндокринологии. Проходила неоднократное стац лечение в ОКЭД, дважды в институте эндокринологии г. Харьков. Последнее стац лечение в ОКЭД 2007, выписана с рекомендацией принимать преднизолон 5 мг/сут, принимала в течение 6 мес после выписки, в последующем прием преднизолона самостоятельно отменила до 2014 к эндокринологу не обращалась, неоднократно проходила стац лечение в Университетской клиники ЗГМУ с диагнозом «хронический гастродуоденит, хеликобактер ассоциированный с выраженным болевым и диспепсическим синдромом. ГЭРБ. С-м раздраженного кишечника с запором.» выписной эпикриз № 1622 прилагается. Ухудшение состояния с 02.2018 после перенесенного диагностического выскабливания. 22.05.18. обратилась к эндокринологу ОКЭД назначены дообследования кортизол слюны от 24.05.18 – 0,096 (< 0,274), АКТГ от 24.05.18 – 22 (< 46).

10.02.17 МРТ: МРТ признаки вентрикулярной ассиметрии и умеренно выраженной корковой атрофии в левой лобно-височной области. Вышеописанные изменения могут быть обусловлены глиозными изменения как последствия поражения микрососудистого русла дисциркуляторного или поствоспалительного генеза. На «Д» учете у психиатра по поводу диссоциативного расстройства, расстройства моторики (F44,4). 07.02.17 конс проф. Кулило В.А. диагноз диссоциативное расстройство, расстройство моторики, рек лечение в отд неврозов ЗОПБ . С 01.06.18 по 06.07.18 получала стац лечение в ОКЭД, заместительная терапия не назначалась, было рекомендовано определение вазопресина, контроль электролитов. Анализ крови на вазопресин о т26.06.18 – 9,4 нг/л ( 1,0-8,0). 02.09.18 госпитализирована в терап. отд Вольяннской ЦРБ с жалобами на судорожные приступы. Проведено дообследование 03.09.18 кортизол крови 4,94 (6,2-19,4) ТТГ – 1,53 (0,4-4,0). 05.09.18 К – 2,6 ( 3,5-5,1) Na – 142 (136-145), назанчен прием преднизолона 5 мг/сут, принимает по настоящее время, препараты калия. В анамнезе АИТ АТТО – 215 ( 0-30). Госпитализирована в обл. энд. диспансер с целью уточнения необходимости приема заместительной терапии

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 14.09 | 123 | 3,7 | 4,0 | 23 | |  | | 1 | 1 | 60 | 37 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.09 |  | 6,98 | 2,69 | 1,02 | 4,73 | | 5,8 | 2,5 | 108 | 15,4 | 3,6 | 4,1 | | 0,14 | 0,51 |

14.09.18 Амилаза 63,3 – ( 0-90)

17.09.18 Магний - 0,93(0,7-0,98)

13.09.18 К – 3,47 ; Nа –145,8 Са++ -1,11 С1 -98,7 ммоль/л

17.09.18 К – 3,4 Na 145

18.09. К – 3,58 Na - 143

14.09.18 АТЧТ - 30,8 МНО – 1,13 ПРТИ 89 Фибр – 3,3

### 18.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

17.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

15.02.18 Анализ мочи по Зимницкому: дневной –1,05 ночной 1,05 сут диурез 1,8

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1002 | 0,28 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1006 | 0,4 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1003 | 0,2 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1003 | 0,17 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1003 | 0,45 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1005 | 0,08 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1003 | 0,05 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1003 | 0,17 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.09 |  | 5,4 | 4,7 | 4,9 |  |
| 14.09 | 4,2 |  |  |  |  |

14.09.18 Окулист:Оптические среды прозрачны. Гл. дно: сосуды широкие, умеренно извиты, вены уплотнены. В макулярной области без особенностей.

13.09.18 ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

01.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,6 см3; лев. д. V = 4,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

18.09.18 Овместный осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Зав. отд. Нач. мед. Карпенко И.В Фещук. И.А..: Хроническая надпочечниковая недостаточность, легкая форма, стадия субкомпенсации Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Метаболическая кардиомиопатия СНI. Ф .кл II..

Лечение: аспаркам, бифрен, диклофенак, омез, преднизолон, корвалол, папангин, альмагель, гепарин, , каптоприл,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, судороги не беспокоят, уменьшилась слабость, утомляемость. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета с подсаливанием пищи.
3. Постоянна терапия преднизолон 2,5 мг утром после еды, с повышением до 5 мг при стрессовых условиях, воспалительных заболеваниях.
4. При планируемых оперативных вмешательствах, обострении хронических заболеваний обязательный осмотр эндокринолога с коррекцией заместительной терапии.
5. Конс невропатолога по м/ж.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Контроль электролитов в динамике.
8. Осмотр кардиолога по м/ж

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.