#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 762

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

Год рождения: 1973

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 01.06.18. по 07.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность, легкая форма, стадия компенсации. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Метаболическая кардиомиопатия СНI. Вторичный ангиотрофоневроз. Хронический гастродуоденит, стадия нестойкой ремиссии. ГЭРБ, с-м раздражённого кишечника с запорами. С-м вегетативной дисфункции перманентно-пароксизмального характера. ДДПП поясничного отдела позвоночника. Вертеброгенная люмбалгия. Ремитирующее течение. Полинейропатия н/к. смешанного характера. Сенсомоторная форма. Диссоциативное расстройство, расстройство моторики. Психогенная полидипсия.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение ,учащенное сердцебиение, снижение АД до 90/60 мм рт ст с эпизодами повышения АД до 140/80 мм рт ст , снижение веса на 6 кг за 6 мес, общую слабость ,утомляемость, пигментацию кожных покровов, тошноту, боли в эпигастральной области, жажду.

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. В настоящее время принимает золопент 40 мг 1р/д итомед 1т 3р/д, креазим 10 тыс 3р/д., нейрорубин 1т 1р/д. 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 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 | | |
| 04.06 | 141 | 4,2 | 4,1 | 14 | |  | | 1 | 0 | 54 | 43 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.06 | 64, | 6,06 | 6,5 | 1,21 | 1,87 | | 4,0 | 4,6 | 85 | 16,4 | 3,2 | 4,5 | | 0,55 | 0,68 |

04.06.18 АТЧТ – 18,0 МНО – 0,93 ПТИ – 107 фибр – 2,7

04.06.18 АКТГ – 28,2 (7,2-63,3) кортизол – 12,91 (3,2-19,4) ТТГ – 1,46 0,4-4,0) АТТГ – 20 ( 0-80) АТТПО – 215,0 ( 0-35)

01.06.18 К – 3,39 ; Nа – 142 С1 -98 ммоль/л

04.06.18 К – 3,16 ; Nа – 139 Са++ -1,23 С1 -102 ммоль/л

06.05.18 К – 3,46 ; Nа –141,5 Са++ - 1,07С1 -100,6 ммоль/л

### 04.06.18 .05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. - ед. в п/зр

06.06.18 Анализ мочи по Зимницкому: дневной – 1,97 ночной 1,29 сут диурез 3,26

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1004 | 0,38 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1000 | 0,59 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1000 | 0,6 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1002 | 0,4 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1002 | 0,32 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1010 | 0,15 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1005 | 0,32 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1002 | 0,5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.06 | 4,1 | 5,2 | 5,5 | 4,,4 |  |
| 07.06 | 4,2 | 4,5 | 4,9 | 5,6 |  |
| 04.06 | 3,7 | 4,1 | 4,9 | 4,6 |  |

23.05.18Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции перманентно-пароксизмального характера. ДДПП поясничного отдела позвоночника. Вертеброгенная люмбалгия. Ремитирующее течение. Полинейропатия н/к. смешанного характера. Сенсомоторная форма.

04.06.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

06.06.18ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. при сравнении с ЭКГ от 04.06.18 – без динамики

04.06.18 Метаболическая кардиомиопатия СНI.

0506.18Ангиохирург: Вторичный ангиотрофоневроз.

07.06.18 КТ ОБП и забрюшинного пространства: КТ признаки гепатомегалии, паренхиматозных кист правой доли печени.

05.06.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: Хроническая надпочечниковая недостаточность, легкая форма, стадия компенсации . Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Метаболическая кардиомиопатия СНI. Ф .кл II. Хронический гастродуоденит, стадия нестойкой ремиссии. ГЭРБ, с-м раздражённого кишечника с запорами. Дискогенная радикулопатия L5-S1 слева, хроническое рецидивирующее течение.

05.06.18 осмотр совместно с Нач. мед. Карпенко И.В. диагноз, тактика лечения согласованы

07.06.18 осмотр совместно с Зав. отд. Фещук. И.А. диагноз, тактика лечения согласованы

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.

Лечение: аспаркам, т-триомакс, панкреатин, итомед, аскорбиновая кислота, карведилол , нейромидин, корвалол, диклофенак,

Состояние больного при выписке: Уменьшилась общая слабость, утомляемость. Сохраняются боли в н/к после нагрузки. Учитывая показатели гормонов ,АКТГ, кортизол ( без приема заместительной терапии) пациентка в настоящее время в прие преднизолона не нуждается. Учитывая данные ан. мочи по земницому, диазноз несарный диабет сомнительный, имеет место психогенная полидипсия. Для уточнения диагноза рекомендовано определение вазопрессина с повторный осмотром эндокринолога ОКЭД. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин,

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, невропатолога, психиатра, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета с подсаливанием пищи. При появлении димспепсических жалоб снижение Диабетическая ангиопатия артерий н/к. мение 90/70 мм рт ст показано провести контроль кортизола крови, АКТГ с послед решением вопроса приема преднизолона начиная с 2,5 – 5 мг 1р/д. При планируемых оперативных вмешательствах, обострении хронических заболеваний обязательный осмотр эндокринолога с коррекцией заместительной терапии.
3. Конс психиатра ЗОПБ ( за период стац лечения от конс отказалась).
4. Определить вазопресин крови, контроль ан. мочи по Зимницкому. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД с результатом.
5. Конс гастроэнтеролога, повторная конс невропатолога при показаниях.
6. Рек кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д тиотризолин 200 мг 3р/д. контроль калия крови, аспаркам 1-2т 3р/д 1 нед контроль калия, натрия крови
7. Рек невропатолога: МРТ головного мозга 1,5 ЭНМГ н/к. повторный осмотр с результатом
8. Контроль УЗИ щит железы 1р в год ТТГ 1р в 6 мес .
9. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В конс гастроэнтеролога, заместительная гомональная терапия (преднизолон при ухудшении состояния) консультаци психотерапевта.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.