#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1279

##### Ф.И.О: Ганева Лилия Федоровна

Год рождения: 1983

Место жительства: Приморский р-н, с. Преслав ул. Варбатского 33

Место работы: КУ «Преславский ПНИ» , медсестра.

Находился на лечении с 02.10.18 по 12.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность средней тяжести, стадия декомпенсации, Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. декомпенсации. Метаболическая кардиомиопатия СНI. Симптоматическая артериальная гипотензия.

Жалобы при поступлении на тошноту, рвоту, головные боли, головокружение, боли в сердце, учащенное сердцебиение, при нагрузке, волнении, снижение АД до 80/60 мм рт ст., отеки лица, снижение веса на 3кг за месяц.

Краткий анамнез: АИТ, гипотиреоз с 2017, при первичном обследовании ТТГ – 24,4 (0,4-4,0) АТТПО – 1152 (0-35), постоянная заместительная терапия. В наст. время принимает: L-тироксин 75 мкг утром. 26.09.18 ТТГ – 6,93. С 05.2018 выявлена хроническая надпочечниковая недостаточность, АКТГ – 634 (7,2-63,3) от 05.04.17. Получала стац леченее в ОКЭД, была подобрана заместительная терапия, выписана с улучшением, однако на амб. лечении отмечала ухудшении состояния, при усилении физ нагрузки, психоэмоциональной перегрузки. В настоящее время принимает преднизолон 5 мг 1р/д. Резкое ухудшении состояния в течение последнего месяца, когда усилились вышеизложенные жалобы. Госпитализирована в обл. энд. диспансер с целью коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 03.10 | 134 | 4,0 | 7,5 | 21 | |  | | 2 | 0 | 62 | 33 | | 3 | | |
| 10.10 | 128 | 3,8 | 9,1 | 15 | |  | | 2 | 2 | 63 | 30 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 03.10 | 90,8 | 3,0 | 1,3 | 1,04 | 1,35 | | 1,8 | 3,6 | 76 | 12,4 | 2,9 | 4,9 | | 0,27 | 0,1 |

03.10.18 К – 4,68 ; Nа –135 Са++ -1,23 С1 -106 ммоль/л

08.10.18 К – 4,17 Na – 131,3

03.10.18 АКТГ - 559. 90 (7,2-63,3) Кортизол – 5,35 мкг/дл ( 6,2-19,4)

### 03.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -много в п/зр

08.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

##### 03.10.18 глюкоза крови – 4,5 ммоль/л

02.10.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; Гл. дно: А:V ход сосудов не изменен. В макуле без особенностей.

02.10.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м укороченного PQ.

11.10.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI. Симптоматическая артериальная гипотензия.

08.10.18 Хирург: на момент осмотра данных за острую хирургическую патологию нет.

02.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена, эхогенность паренхимы снижена, Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзов и кольцевыми структурами до 0,65 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: преднизолон, тиолипон, аскорбиновая кислота, тиотриазолин, линкомицин, L-тироксин,

Состояние больного при выписке: общее состояние улучшалось, уменьшилась общая слабость. АД 110/70 мм рт ст. ЧСС 70-75 уд/мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 1т 8.00 + 1 т в 11.00 под контролем калия крови, натрия, кортизола. Повышение дозы преднизолона на 5 мг при стрессовых условиях, воспалительных заболеваниях.

При планируемых оперативных вмешательствах, обострении хронических заболеваний обязательный осмотр эндокринолога с коррекцией заместительной терапии.

1. L-тироксин 100 мкг по четным числам месяца, 75 мкг по нечетным утром натощак за 30 мин до еды. Контроль ТТГ в динамике через 2 -3 мес
2. Рек кардиолога: ивабрадин 56 мг 1р/д, контроль ЭКГ , ЧСС.
3. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. после компенсации гипоииреоза
4. Направить на ВКК п ом/ж для опреедления степени утраты трудоспособности, учитывая ухудшение состояния пациентки при минимальной физ нагрузке, психоэмциональных перенапряжениях что требует постоянной коррекции дозы заместительной терапии.
5. Б/л серия. АДЛ № 177772 с 02.10.18 по 12.10.18 к труду 13.10.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.