

«НИИ нейрохирургии
им. акад. Н.Н. Бурденко» РАМН

Моргачева Марина Сергеевна

Отделение: **8-е**

№ иб **6914/13**

Возраст: **48**

Выписной эпикриз

Дата поступления в стационар: **16.12.2013**

Дата выписки: **28.01.2014**

Проведено дней: **43**

Больничной(е) лист(ы):

Анамнез:

Аменорея с 1995 года, со слов мужа с 2002 г снижение зрения, левый глаз ослеп в 2011, с ноября 2012 светоощущение справа.

При обследовании (23.08.13) выявлена гигантская опухоль хиазмально-селлярной области. При дообследовании от 29.08.13 - ПРЛ 198891 мЕд/л, мономерный 183007 мЕд/л, соматомедин-С 82,2 нг/мл (94-269), св Т4 23,8 пмоль/л (9-22), ТТГ 4,3 (0,4-4,0) мЕд/л, кортизол 571 нмоль/л (138-635).

30.08.13 заочно консультирована в ИНХ (в связи с трудностью транспортировки больной). С этого времени получает достинекс, на этом фоне субъективно отметила улучшение зрения; снижение уровня пролактина (от 30.08.13) до 77224 мЕд/л, ТТГ 3,27 мЕд/л (N 0,4-4), св Т4 21,8 пмоль/л (N 9-22), соматомедин-С 59,6 нг/мл, кортизол 629 нмоль/л (N138-635) ПРЛ от 22.11.13 - 41490 мЕд/л (каберголин 3 табл/нед), ТТГ 2,92 мЕд/л, св Т4 19,8 пмоль/л, ИРФ-1 - 67,1 нг/мл МРТ головного мозга - 22.11.13 уменьшение размеров опухоли

В ноябре 2013 отметила выделение жидкости из носа каплями при наклоне головы.

При анализе отделяемого из носа от 2.12.13 глюкоза 5,4 ммоль/л. Начата терапия диакарбом, препаратами калия, инсуффляции банеоцином назально, временно снижена доза достинекса.

Дополнительно проведено СКТ основания черепа - не выявлено значимых костных дефектов в основании черепа.

Продолжена консервативная терапия по поводу назальной ликвореи.

16.12.13 со слов мужа пациентки, ухудшение состояния, повышение температуры до 40*С, угнетение сознания до оглушения-сопора. Госпитализирована в ИНХ в срочном порядке для дообследования и, возможно, хирургического лечения - пластики ликворной фистулы.

Анамнез жизни: Роды - 1987, 89, 91 гг. После родов лакторея.

Операция: 1989 г - удаление яичника по поводу опухоли (данных нет).

УЗИ щитовидной железы - суммарный объем 12,22 см3, диффузные изменения ткани.

Клиническая картина заболевания:

Больная в тяжелом состоянии. Уровень сознания - сопор, в речевой контакт не вступает, локализует болевой раздражитель, выраженные менингеальные знаки. Парезов не выявлено. На КТ - охватывающая цистерна прослеживается. Опухоль расположена эндо-супра латероселлярно. Геморрагических осложнений нет. После выполнении диагностической люмбальной пункции подтвержден менингит (БХЛ: Глюкоза 0.0 (N 2,2 - 3,9 ммоль/л), Лактат 21.0 (N 1,1 - 2,4 ммоль/л), ОАЛ - цитоз - 25600/3). По данным посева определен возбудитель: Streptococcus pneumoniae.

Ход лечения:

17.12.13. больная в сознании, вступает в речевой контакт.

20.12.13 в связи с угнетением сознания до сопора выполнены КТ (без отрицательной динамики по сравнению с 16.12.13) и доплерография сосудов головного мозга - выявлен вазоспазм (в бассейне правой СМА(индекс Линдегарда 3,8)), пациентка переведена в ОРИТ.

23.12.2013 по данным доплерографии вазоспазм сохраняется, но в связи с улучшением общего состояния (больная в ясном сознании, но менингеальные знаки сохраняются), переведена из ОРИТ в клиническое отделение.

К 27.12.2013 излечен менингит (БХЛ: Глюкоза 2.4 (N 2,2 - 3,9 ммоль/л), Лактат 5.1 (N 1,1 - 2,4 ммоль/л)), ОАЛ - цитоз - 140/3), отмечаются явления герпетической инфекции.

На фоне прекращения приема агонистов дофамина выраженность ликвореи уменьшилась. Отмечался длительный период полного отсутствия выделений из носа.

К 10.01.14 у пациентки непостоянно отмечаются выделения из носа, купированы проявления герпетической инфекции, подозреваемое наличие грибкового воспаления в придаточных пазухах носа не было подтверждено, а так же по данным доплерографии регрессирует вазоспазм.

При этом ликворное давление, измеренное при люмбальной пункции остается 160-180 мм.рт.ст. и в моменты выполнения самой пункции активных выделений из носа нет.

С дифф.диагностической целью 10.01.14 была выполнена люмбальная пункция с введением флюоресцина. Подтверждена сохраняющаяся назальная ликворея (после часовой экспозиции при вертикализации пациентки из носовых ходов начала выделяться жидкость окрашенная флюоресцином).

При СКТ-контроле выявлено, что существенного уменьшения размеров опухоли на фоне терапии не произошло и объем

деструкции костей основания черепа незначительный.

При совместном обсуждении с участием проф.Кадашева Б.А., д.м.н.Шкарубо А.Н., эндокринолога д.м.н.Астафьевой Л.И. было решено, что с учетом небольшой продолжительности лечения агонистами дофамина и с учетом их эффективности в виде появления ликвореи и улучшения зрения (с OD = не ниже 0,03; OS = ноль - 17.12.2013 до (26.12.2013) OD = 0,05-0,06 вблизи со сферой -7,0 Д OD=0,1; OS = появление светоощущения), как проявление начала резорбции опухоли, несмотря на незначительную динамику размеров опухоли по СКТ терапию агонистами дофамина следует рассматривать как основной метод лечения пациентки. В связи с риском повторного развития менингита 13.01.2014 проведена операция "Эндоскопическая ревизия основной пазухи, удаление инфраселлярных отделов пролактиномы и пластика ликворной фистулы аутоотканями." Послеоперационный период протекал гладко. Люмбальный дренаж удалён на 5 сутки после операции. Послеоперационная рана в средней трети левого бедра зажила первичным натяжением. Швы сняты. Осмотр нейроофтальмолога: Острота зрения :OD =0,1;OS = светоощущение, поля зрения: OD - выпадение височной половины, нарушено центральное зрение, в видящей половине цвета не различает. Осмотр ЛОР - нет признаков назальной ликвореи. Неврологически очаговой симптоматики не выявляется. Пролактин от 29.08.13 - 38183 (N 59-619 мкМЕ/мл), Кортизол 629 (N 119-618 нмоль/л). Доплерография сосудов головного мозга: показатели церебральной гемодинамики в пределах возрастных норм. 27.01.14 при совместном обсуждении с участием проф.Кадашева Б.А., д.м.н. Калининым П.Л., д.м.н.Шкарубо А.Н., эндокринолога д.м.н.Астафьевой Л.И. было решено вновь продолжить приём Достинекса 0,5 мг, 1/4 таб 1 раз в неделю, коррекция дозы через 4 недели под контролем эндокринолога в ИНХ.

В удовлетворительном состоянии выписывается под наблюдение невролога, ЛОР, эндокринолога по месту жительства.

ВИЧ - отр., Сифилис - отр., гепатит В - отр., гепатит С - отр.

Верифицированный диагноз:

Гигантская опухоль гипофиза (пролактинома). Состояние после эндоскопической ревизии основной пазухи, удаления инфраселлярных отделов пролактиномы и пластика ликворной фистулы аутоотканями от 13.01.2014.

Гистологический диагноз:

атипическая аденома гипофиза с выраженным ядерным и клеточным полиморфизмом. ИМ Ki-67 до 7-8%.

Заключение и рекомендации:

- 1) Пациентке рекомендовано постоянное наблюдение по месту жительства у эндокринолога, невропатолога, окулиста, ЛОР.
- 2) Для профилактики назальной ликвореи в течение 3-4 месяцев рекомендуется ограничение физических нагрузок, наклонов, профилактика запоров (т.е. всего того, что может привести к повышению внутричерепного давления). При появлении выделений из носа рекомендована срочная консультация ЛОР-врача и/или нейрохирурга по месту жительства для исключения назальной ликвореи, кроме того необходима срочная консультация в НИИ нейрохирургии им. Бурденко.
- 3) Запрещен прием стимулирующих препаратов - биогенные амины, анаболические стероиды, биологические активные препараты, содержащие указанные вещества. Не рекомендовано также проведение физиотерапевтических процедур на область головы и шеи. Не рекомендуются температурные перегрузки - длительное пребывание на солнце, посещение бани.
- 4) Учет АД и температуры тела - регулярно; учет диуреза и объема выпитой жидкости (норма до 3 литров) 1 раз в неделю в течение 2-3 недель после выписки, далее 2-3 раза в месяц.

Первые два месяца 1 раз в 10 дней необходимо делать биохимический анализ крови. Особое внимание обращая на электролиты (Na и K). При существенных отклонениях показателей от нормы (повышение или понижение), особенно сочетающихся с нарушением «потребления/выделения» жидкости необходима срочная консультация в ИНХ по телефону с лечащим врачом.

5) Рекомендации эндокринолога: -НАБЛЮДЕНИЕ ЭНДОКРИНОЛОГА

- Корттеф 10 мг, 1/2т утром.
- Каберголин (Достинекс) 0.5 мг, 1/4 таб 1 раз в неделю, коррекция дозы через 4 недели под контролем эндокринолога.
- Гормональное исследование крови (Пролактин, св.Т4, ТТГ).

6) Консультация в поликлинике ИНХ по предварительной записи по тел. (499)2515273 через 1-2 месяца или при ухудшении, с данными МРТ и результатами исследования гормонов крови.

Лечащий врач

Андреев Д.Н.

Заведующий отделением

д.м.н., проф. Кадашев Б.А.

28.01.2014

125047, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16
Факс: 250-93-51 E-mail: info@nsi.ru
http://www.nsi.ru

Дирекция 251-6526
Бухгалтерия 251-8666
Канцелярия 251-6304



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Н. БУРДЕНКО
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России)

ОГРН:1027739375080; ИНН/КПП:7710103758/771001001

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ
от 04.09.2019 16:30

8 н/х

Моргачева Марина Сергеевна (Ж), 54

МК 6413/19

Адрес: Россия г.Москва ЦАО Арбатецкая ул. (ЦАО) д. 26 кв. 143 тел. +7 (000) 000-00-00

Профессия: НЕ РАБОТАЕТ

Находился на стационарном лечении: с 30.08.19 по 04.09.19 (5 к/д)

Диагноз при поступлении

Основной: М84.0 Дефект основания черепа. Назальная ликворея.

Сопутствующее заболевание: D35.2 Гигантская опухоль гипофиза (пролактинома). Состояние после эндоскопической ревизии основной пазухи, удаления инфраселлярных отделов пролактиномы и пластики ликворной фистулы аутоканьями от 13.01.2014; медикаментозная лечения препаратом агонистами дофамина.

Диагноз при выписке

Основной: М84.0 Дефект основания черепа.

Сопутствующее заболевание: D35.2 Гигантская опухоль гипофиза (пролактинома). Состояние после эндоскопической ревизии основной пазухи, удаления инфраселлярных отделов пролактиномы и пластики ликворной фистулы аутоканьями от 13.01.2014; медикаментозная лечения препаратом агонистами дофамина.

Обоснование диагноза: клиника и данные СКТ

Состояние при поступлении в стационар

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

1998г - удаление кисты яичника справа.

1990г - тонзилэктомия.

Аллергический анамнез не отягощен.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Аменорея с 1995 года, со слов мужа с 2002 г снижение зрения, левый глаз ослеп в 2011, с ноября 2012 светоощущение справа.

При обследовании (23.08.13) выявлена гигантская опухоль хиазмально-селлярной области. При дообследовании от 29.08.13 -ПРЛ 198891 мЕд/л, мономерный 183007 мЕд/л, соматомедин-С 82,2 нг/мл (94-269), св Т4 23,8 пмоль/л (9-22), ТТГ 4,3 (0,4-4,0) мЕд/л, кортизол 571 нмоль/л (138-635).

30.08.13 заочно консультирована в ИНХ (в связи с трудностью транспортировки больной). С этого времени получала достинекс, на этом фоне субъективно отметила улучшение зрения; снижение уровня пролактина (от 30.08.13) до 77224 мЕд/л, ТТГ 3,27 мЕд/л (N 0,4-4), св Т4 21,8 пмоль/л (N 9-22), соматомедин-С 59,6 нг/мл, кортизол 629 нмоль/л (N138-635)
ПРЛ от 22.11.13 – 41490 мЕд/л (каберголин 3 табл/нед), ТТГ 2,92 мЕд/л, св Т4 19,8 пмоль/л, ИРФ-1 – 67,1 нг/мл

МРТ головного мозга – 22.11.13 уменьшение размеров опухоли

В ноябре 2013 отметила выделение жидкости из носа каплями при наклоне головы.

При анализе отделяемого из носа от 2.12.13 глюкоза 5,4 ммоль/л. Начата терапия диакарбом, препаратами калия, инсуффляции баноцином назально, временно снижена доза достинекса.

Дополнительно проведено СКТ основания черепа - не выявлено значимых костных дефектов в основании черепа. Продолжена консервативная терапия по поводу назальной ликвореи.

16.12.13 со слов мужа пациентки, ухудшение состояния, повышение температуры до 40*С, угнетение сознания до оглушения- сопора. Госпитализирована в ИНХ в срочном порядке для дообследования и, возможно, хирургического лечения - пластики ликворной фистулы.

17.12.13. при поступлении больная в сознании, вступает в речевой контакт.

20.12.13 в связи с угнетением сознания до сопора выполнены КТ (без отрицательной динамики по сравнению с 16.12.13) и доплерография сосудов головного мозга - выявлен вазоспазм (в бассейне правой СМА(индекс Линдегарда 3,8)), пациентка переведена в ОРИТ.

23.12.2013 по данным доплерографии вазоспазм сохраняется, но в связи с улучшением общего состояния

(больная в ясном сознании, но менингеальные знаки сохраняются), переведена из ОРИТ в клиническое отделение.

К 27.12.2013 излечен менингит (БХЛ: Глюкоза 2.4 (N 2,2 - 3,9 ммоль/л), Лактат 5.1 (N 1,1 - 2,4 ммоль/л), ОАЛ - цитоз - 140/3), отмечаются явления герпетической инфекции.

На фоне прекращения приема агонистов дофамина выраженность ликвореи уменьшилась. Отмечался длительный период полного отсутствия выделений из носа.

К 10.01.14 у пациентки непостоянно отмечаются выделения из носа, купированы проявления герпетической инфекции, подозреваемое наличие грибкового воспаления в придаточных пазухах носа не было подтверждено, а так же по данным доплерографии регрессирует вазоспазм.

При этом ликворное давление, измеренное при люмбальной пункции остается 160-180 мм.рт.ст. и в моменты выполнения самой пункции активных выделений из носа нет.

С дифф.диагностической целью 10.01.14 была выполнена люмбальная пункция с введением флюоресцина. Подтверждена сохраняющаяся назальная ликворея (после часовой экспозиции при вертикализации пациентки из носовых ходов начала выделяться жидкость окрашенная флюоресцином).

При СКТ-контроле выявлено, что существенного уменьшения размеров опухоли на фоне терапии не произошло и объем деструкции костей основания черепа незначительный.

При совместном обсуждении с участием проф.Кадашева Б.А, д.м.н.Шкарубо А.Н, эндокринолога д.м.н. Астафьевой Л.И. было решено, что с учетом небольшой продолжительности лечения агонистами дофамина и с учетом их эффективности в виде появления ликвореи и улучшения зрения (с OD = не ниже

0,03; OS = ноль - 17.12.2013 до (26.12.2013) OD = 0,05-0,06 вблизи со сферой -7,0 Д ОД=0,1; OS =

появление светоощущения), как проявление начала резорбции опухоли, несмотря на незначительную динамику размеров опухоли по СКТ терапию агонистами дофамина следует рассматривать как основной метод лечения пациентки. В связи с риском повторного развития менингита 13.01.2014 проведена операция

"Эндоскопическая ревизия основной пазухи, удаление инфраселлярных отделов пролактиномы и пластика ликворной фистулы аутоотканями." Послеоперационный период протекал гладко. Люмбальный дренаж удалён на 5 сутки после операции. Послеоперационная рана в средней трети левого бедра зажила

удалён на 5 сутки после операции. Швы сняты. Осмотр нейроофтальмолога: Острота зрения :OD =0,1 ;OS = первичным натяжением. Швы сняты. Осмотр нейроофтальмолога: Острота зрения :OD =0,1 ;OS =

светоощущение, поля зрения: ОД - выпадение височной половины, нарушено центральное зрение, в выдающей половине цвета не различает.

Осмотр ЛОР - нет признаков назальной ликвореи. Неврологически очаговой симптоматики не выявляется. Прولاктин от 29.08.13 - 38183 (N 59-619 мкМЕ/мл), Кортизол 629 (N 119-618 нмоль/л).

Доплерография сосудов головного мозга: показатели церебральной гемодинамики в пределах возрастных норм.

27.01.14 при совместном обсуждении с участием проф.Кадашева Б.А, д.м.н. Калинин П.Л, д.м.н.Шкарубо А.Н, эндокринолога д.м.н.Астафьевой Л.И. было решено вновь продолжить приём Достинекса 0.5 мг, 1/4 таб 1 раз в неделю. В удовлетворительном состоянии выписана.

Далее периодически принимала Достинекс 0.5 мг 1/4 таб 1 раз в неделю. На фоне приема вновь возобновлялись прозрачные выделения из носа. Врачам не обращалась, самостоятельно отменяла прием Достинекса. Прозрачные выделения из носа прекращались, затем снова возобновляла прием Достинекса.

В последний раз принимала Достинекс 0.5 мг 1/4 таб в апреле 2019г. Контрольные снимки и гормоны на пролактин не выполняла в динамике.

28.08.19г вновь отметила прозрачные выделения из носа. Госпитализирована в НМИЦН в срочном порядке для дообследования и, возможно, хирургического лечения - пластики ликворной фистулы.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ:
-на прозрачные водянистые выделения из правой половины носа, также отмечает ощущение затекания жидкости по задней стенке глотки.

Неврологический статус:
Сознание – ясное, контактна, менингеальных симптомов нет, глотание свободно, надплечья поднимает, голову поворачивает, язык по средней линии, чувствительность на теле и конечностях не нарушена, движения во всех конечностях в полном объеме, сила во всех конечностях по 5 баллов, в позе Ромберга не может стоять, ПНП выполняет с интенцией. Передвигается на коляске.

Соматический статус:
Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 78 уд. в 1 мин., удовлетворительных качеств. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД=120/80 мм.рт.ст. Подкожные вены нижних конечностей не расширены. Пастозности и отеков не выявлено. Физиологические отправления не контролирует.

Эндокринологический статус: Гигантская Прولاктин - ТТГ секретирующая аденома гипофиза. Прولاктин (PRL) 90602 (норма 59-619 мкМЕ/мл).

Центральный гипертиреоз.
Осмотр ЛОР врача (30.08.2019г) - Явная назальная ликворея справа. Состояние после ревизии основной пазухи, удаление инфраселлярных отделов пролактиномы и пластика ликворной фистулы аутоотканями от

8 н/х

13.01.2014.

Нейроофтальмологический статус: Острота зрения: OD=0,05 (вблизи 0,1). OS – ноль. Поле зрения: OD – выпадение височной половины, нарушено центральное зрение, с трудом различила красный цвет ближе к точке фиксации, зеленый не различает. Движения глазных яблок: свободны.

Выполнено КТ (30.08.2019г) - выявляется гигантских размеров эндоинфрасупрататеро(S-R)селлярная опухоль. Желудочковая не расширены. Интракраниальной пневмоцефалии не выявлено.

Состояние при выписке

Общее состояние: Удовлетворительное

Состояние удовлетворительное. В неврологическом и в соматическом статусе без отрицательной динамики. Менингеальных симптомов нет. Температура тела в норме. Выполнена люмбальная пункция, ликворное давление - 140 мм.вд.ст. Анализы ликвора: Цитоз 3. Глюкоза 3,2. Лактат 2,4.

Выполнена компьютерная цистернография (02.09.2019г) - По данным КТЦГ дефект крыши основной пазухи слева. Содержимое определяется в левой клиновидной пазухе (инфраселлярная часть аденомы? слизистое пазухи?). Явных признаков наличия контраста в околоносовых пазухах и в носовых ходах не выявлено.

Осмотр ЛОР врача (02.09.2019г) - Проводилось эндоскопическое исследование полости носа и клиновидной пазухи. На момент осмотра явных признаков назальной ликвореи нет.

При совместном обсуждении клинической ситуации с зав. отделением д.м.н. Калининым П.Л., эндокринологом д.м.н. Астафьевой Л.И., к.м.н. Андреевым Д.Н., ЛОР врачом Фомочкиной Л.А. - учитывая результаты КТЦГ и осмотра ЛОР врача признаков назальной ликвореи нет. В связи с этим принято решение о том, что клинико-лабораторные данные и компенсированное состояние пациентку позволяют выписать её в удовлетворительном состоянии под наблюдение эндокринолога, ЛОР- врача, офтальмолога, невролога, терапевта по месту жительства.

Результаты диагностических исследований и консультаций

Результаты лабораторных исследований:

БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

02.09.19 11:26 Натрий 145; Калий 4.3; Хлор 106; Глюкоза 4.1; Креатинин 47; Общий белок 67; Альбумин 32; Билирубин общий 2.6; АЛТ 72; АСТ 21; Гамма-Глутамилтрансфераза 44; С-реактивный белок 19.3;

ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН

02.09.19 11:53 Гликированный гемоглобин 5.70;

ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

02.09.19 11:05 Группа крови АВ0 В (III); Резус-фактор Rh положительный Rh+; Rh-фенотип CCDee; Антиэритроцитарные антитела не обнаружены; Kell-антиген эритроцитов не обнаружен; Chellano обнаружен; Сw не обнаружен; Переливания крови нет данных;

ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

02.09.19 11:53 Антитела к ВИЧ 1,2 и антиген HIV1 p24 отрицательный; - тест система Architect (Abbott); - лот 01416BE00; Гепатит В (HBs-антиген) отрицательный; - тест система Architect (Abbott); - лот 01098FN00; Гепатит С (анти-HCV) отрицательный; - тест система Architect (Abbott); - лот 02364BE00; Антитела к Treponema pallidum отрицательный; - тест система Architect (Abbott); - лот 02284BE00;

ИССЛЕДОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА

02.09.19 12:05 Пролактин (PRL) 90602; Соматотропный гормон 0.05; Тиреотропный гормон (TSH) 4.45; Триодтиронин свободный (FT3) 9.52; Тироксин свободный (FT4) 27.9; Кортизол 249; Инсулиноподобный фактор роста-I 43.5;

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

02.09.19 11:56 ЭРИТРОЦИТЫ 5,27; ГЕМОГЛОБИН 130; ГЕМАТОКРИТ 40.5; Средний объем эритроцита 76.9; Ср.содер. гемоглобина в эритроците 24.7; Ср. конц. гемоглобина в эритроците 321; Ретикулоциты 1.11; РЕТИКУЛОЦИТЫ (абс.) 58.50; ЛЕЙКОЦИТЫ 8.27; Нейтрофилы 59.4; Нейтрофилы абс. 4.92; Лимфоциты абс. 1.75; Моноциты 12.40; Моноциты абс. 1.020; Эозинофилы 6.640; Эозинофилы абс. 0.549; Базофилы 0.456; Базофилы абс. 0.038; НЕЗРЕЛЫЕ ГРАНУЛОЦИТЫ - % 0.0; НЕЗРЕЛЫЕ ГРАНУЛОЦИТЫ (абс.) 0.00; МИКРОСКОПИЯ проводилась; Бласти 0.0; Промиелоциты 0.0; Миелоциты 0.0; Метамиелоциты 0.0; Палочкоядерные нейтрофилы 2.0; Сегментоядерные нейтрофилы 63.0; Базофилы 0.0; Эозинофилы 5.0; Лимфоциты 27.0; Моноциты 3.0; Атипичные мононуклеары 0.0; Плазматические клетки 0.0; ТРОМБОЦИТЫ 302; Средний объем тромбоцита 9.77; СОЭ ПО МЕТОДУ ВЕСТЕРГРЕНА 39; СОЭ по методу Панченкова 33;

КОАГУЛОГРАММА

30.08.19 18:40 Протромбиновый индекс 100; МНО 1.08; АЧТВ 29.1; Фибриноген 4.9;

Рекомендации

- 1) В течение 6 мес. ограничение физических нагрузок, в том числе и физиологических - чихания, сморкания, натуживания в туалете и т.д.
- 2) Запрещен прием стимулирующих препаратов - биогенные амины, анаболические стероиды, биологические активные препараты, содержащие указанные вещества. Не рекомендовано также проведение физиотерапевтических процедур на область головы и шеи. Не рекомендуются температурные перегрузки - длительное пребывание на солнце, посещение бани
- 3) Учет АД, Температуры тела - регулярно, учет диуреза и объема выпитой жидкости ежедневно в течение 2-3 недель после выписки, далее 2-3 раза в неделю, электролиты крови (НАТРИЙ КРОВИ!!!) 1-2 раза в неделю первые три недели после выписки, удельный вес мочи 1-2 раза в месяц в течение первых 2х месяцев после выписки.
- 4) Рекомендации эндокринолога:
 - Возобновить КАБЕРГОЛИН 0,5 мг по 1/4 табл x 2р в неделю (понедельник, четверг). Коррекция дозы под контролем уровня пролактина в крови 1раз в месяц
 - Исследование уровня пролактина , ТТГ, св Т4 через 1 месяц с коррекцией терапии
 - УЗИ щитовидной железы по месту жительства
- 5) Аквамарис по 2 дозы в каждую половину полости носа чередуя с закапыванием Мирамистина или Диоксидаина в течение 10-12 дней после выписки (3-4 раза в обе ноздри).
Инсуффляция Банеоцина (при повышенной влажности в носу)
Амбулаторное наблюдение ЛОР НМИЦН возможно в каб.222 поликлиники НМИЦН по предварительной записи по тел. 8(963)674-36-74
- 6) При появлении выделений из носа рекомендована консультация ЛОР-врача и/или нейрохирурга по месту жительства для исключения развития назальной ликвореи. При подтверждении диагноза тактику лечения рекомендовано обсудить с сотрудниками 8 отделения НМИЦН (тел.(499) 972-86-72).
- 7) Для работающих пациентов:
Выдан лист временной нетрудоспособности № _____ на срок _____
Рекомендовано продление листа временной нетрудоспособности на срок до 4 мес. с последующим освидетельствованием в МСЭ по месту жительства.
Для пациентов имеющих инвалидность - пересвидетельствование в МСЭ по месту жительства.
Для неработающих пациентов: Пациент не работает. Лист временной нетрудоспособности не выдавался.
- 8) Консультация в поликлинике НМИЦН по предварительной записи по тел. (499)9728586 через 6 месяцев или при ухудшении, с данными МРТ (томограф 1,5Тл обязательно три проекции в Т2 и Т1 с контрастом с шагом 2-3мм и записью на диск) и гормонами крови (пролактин, кортизол, ТТГ, свободный Т3, свободный Т4).

Результаты лечения

Выписан(а): Без перемен

Трудоспособность: Снижена

Посыльный лист на МСЭ:

Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность: -

Документ подписывают

Врач-нейрохирург

Врач-нейрохирург

Заведующий отделением - врач-нейрохирург

печать



Абдилатипов А.А.

Андреев Д.Н.

Д.М.Н. Калинин П.П.

С условиями долечивания ознакомлен:

Пациент Моргачева М.С.

Отделение 8 нейрохирургическое