#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1081

##### Ф.И.О: Щербина Любовь Ивановна

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Запорожье, ул, Циолковского 3

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 03.09.14 по 17.09.14 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжелая форма, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Энцефалопатия II сочетанного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая), патологическая извитость ПА на фоне ДДПП ШОП. Вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м. Смешанный зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ХБП II ст: аномалия развития МВС, неполное удвоение левой почки. МКБ, пиелонефрит, обострение. Анемия хр. больного I степени.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, бронзовый оттенок кожных покровов, выраженную тошноту, неоднократную рвоту, ухудшение зрения, боли в н/к, снижение АД макс. до 90/60 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: Хроническая надпочечниковая недостойность выявлена в 1989 в Харьковском НИИ эндокринологии. Постоянная заместительная терапия.

В наст. время принимает: Преднизолон 8.00-2т 12.00-1 т. Кортизол -23,0 (5,0-25,0) от 18.07.14 К – 4,2 Nа – 144,0 от 18.07.14. Получала стац лечение с 07.08.14 по 20.08.14 в тер. отд Коммунарской больницы с диагнозом ХБП II ст: аномалия развития МВС, неполное удвоение левой почки. МКБ, пиелонефрит, обострение .Хронический паренхиматозный панкреатит,рецидивирующее течение .Хронический гастродуоденит с сохраненной кислотообразующей функцией желудка. Полинодозный зоб с 2014 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) АТТПО – 18,7 (0-30) от 11.07.14. ТАПБ от 26.07.14 – узловой зоб. Со слов больной на «Д « учете у психоневролога ,конс .заключения не предоствила.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

04.09.14 Общ. ан. крови Нв –109 г/л эритр – 3,2 лейк –8,1 СОЭ –36 мм/час

э- 0% п- 2% с- 66% л- 27% м- 5%

04.09.14 Биохимия: СКФ –49 мл./мин., хол –6,0 тригл -1,98 ХСЛПВП -1,2 ХСЛПНП -3,7 Катер -4,0 мочевина –10,2 креатинин –198 бил общ –10,1 бил пр –2,3 тим – 4,5 АСТ –0,57 АЛТ –0,52 ммоль/л;

16.09.14 Мочевина – 10,0 креатинин -159

04.09.14 Амилаза – 29,0 ед/л

04.09.14 Анализ крови на RW- отр

12.09.14 К – 5,2 ; Nа – 161,2 ммоль/л

### 04.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1003 лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

05.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр -250 белок – отр

04.09.14 глюкоза – 5,7 ммоль/л

05.09.14Невропатолог: Энцефалопатия II сочетанного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая) , патологическая извитость ПА на фоне ДДПП ШОП. Вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м

05.09.Окулист: Осмотр в палате

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.09.14 осмотр асс каф. Ткаченко О.В. : Хроническая надпочечниковая недосточность тяжелая форма ,декомпенсация. Ангиопаия оссудов сетчатки ОИ. Энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м. патологическая извитоть ПА на фоне ДДПП ШОП. ХБП II аномалия развития МВС. неполное удвоение левой почки. МКБ, пиелонефрит, обострение. Анемия хр. больного I степени.

03.09.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижэен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ.

03.09.14 Нефролог ХБП II ст: аномалия развития МВС, неполное удвоение левой почки. МКБ, с отхождением конкрементов , пиелонефрит, обострение.

13.06.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки С-образной деформации правой ПА в V1, локально гемодинамически значимой, умеренной неравномерности хода обеих ПА в костном канале между С5-С6. Мозговой кровоток достаточный с тенденцией к снижению в бассейне СМА, ПМА, ЗМА, без существенной асимметрии в парных бассейнах. Кровоток в бассейне ПМА оценить не представляется возможным. Кровоток в бассейне ЗМА слева на нижней границе физиологической нормы. Кровоток в бассейне ПА, АО достаточный. Центральный тонус сосудов сохранен. Эхопризнаки начальной дисциркуляции в вертебробазилярной бассейне.

10.07.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,1 см3; лев. д. V = 105 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз и многочисленные гидрофильные очаги до 0,6 см. .

В пр. доле в в/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 3,08\*1,76 см. с кистозной дегенерацией. Рядом такой же узел 0,75 см. В левой доли в в/3 такие же узлы 0,86\*0,57 и 1,1 \*0,64 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

02.09.14 УЗИ почек –эхопризнаки нефросклероза ,хронического цистита ,данных за обструкцию мочевыводящих путей не выявлено .

Лечение:преднизолон, флуконазол, луцетам, витаксон, цефикс, дексаметазон, глиятилин ,витаксон .

Состояние больного при выписке: уменьшилась общая слабость ,утомляемость ,тошнота ,рвота не беспокоят АД 100 /60 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,невропатолога ,нефролога ,гастроэнтеролога по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг в 8.00 -2 табл. ,в 11.00 -2 табл . в 14.00 -1 табл .Контроль кортизола крови электролитов К , Nа в динамике с последующей коррекцией дозы
3. Рекомендаци асс .каф. терапии,клин .фармакологии и эндокринологии Ткаченко О.В Канефрон по 2 табл .3 р /день -3 нед .,добавить к лечению кортинеф ,сорбифер –дурулес по 1 1 р /день -1 мес.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ 1 раз в 6 мес.
5. Конс .хирурга –эндокринолога для решения вопроса дальнейшего введения по поводу смешанного зоба .

##### 

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.