#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 212

##### Ф.И.О: Петеримова Екатерина Владимировна

Год рождения: 1990

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 15-29

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.02.16 по 23.02.16 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность, средней тяжести, мед. субкомпенсация (07.08.15 адреналэктомия слева по поводу АКТГ независимого синдрома Иценко-Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника). Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Вегетативная дисфункция перманентного характера с нарушением венозного оттока, цефалгический с-м.

Жалобы при поступлении на головные боли, общую слабость, утомляемость, ухудшение памяти.

Краткий анамнез: Впервые проявления гиперкортицизма (изменение внешности, повышение АД, отложение жира в обл. живота, появление стрий, набор массы тела появились с 09.2014. С 02.2015 НМЦ в связи с чем обратилась к гинекологу, эндокринологу. Назначены дообследования. При МРТ выявлено в левом надпочечнике объемное образование с четким контуром размерами 26\*24\*24, при малой дексаметазоновой пробе кортизол – 683,3. Диагностирован: «АКТГ независимый, синдром Иценко-Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника». 08.2015, госпитализирована в ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России (проживала у сестры). 07.08.15 проведена ретроперитонеоскопическая адреналэктомия. Гист. исследование № 42037 закл: «светлоклеточная адренокортикальная аденома левого надпочечника 2,5 см». В послеоперационном периоде назначен прием кортефа 10 мг 1,5 т утром + 1т в обед + ½ т ужин, с рекомендацией ч/з 1 мес уменьшением дозы на ½ т. В настоящее время принимает назначенную дозу препарата. Со слов больной при уменьшении дозы отмечала ухудшение состояния. 09.02.16 АКТГ < 5,0 ( < 46) Коризол <5,0 (160-670). 08.02.16 КТ брюшной полости, забрюшинного пространства, таза: КТ признаки СПО: левосторонней адреналэктомии, конкремента правой почки, дополнительной селезенки. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

18.02.16 Общ. ан. крови Нв –164 г/л эритр –4,9 лейк –4,6 СОЭ – 5 мм/час

э- 3% п- 0% с- 56% л- 34 % м- 7%

18.02.16 Биохимия: СКФ –90 мл./мин., хол –4,26 тригл -1,12 ХСЛПВП – 1,46ХСЛПНП -2,29 Катер -1,9 мочевина –2,9 креатинин –78 бил общ – 11,8 бил пр –2,9 тим – 1,5 АСТ – 0,51 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

19.02.16 К – 4,2 ; Nа –144 Са 2,07 ммоль/л

23.02.16 К – 3,8 ; Nа –141 ммоль/л

### 23.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед ; эпит. перех. - в п/зр

18.02.16 глюкоза крови – 4,7 ммоль/л

22.02.16Невропатолог: Вегетативная дисфункция перманентного характера с нарушением венозного оттока, цефалгический с-м.

16.02.16Окулист: VIS OD= 0,6OS= 0,6 Оптические среды и глазное дно без особенностей.

16.02.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

23.02.16 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0

20.02.16 МРТ Головного мозга: косвенные признаки гипоплазии интракраниальной части правой позвоночной артерии.

23.02.16 УЗИМАГ: КИМ до 0,5 см, обычной эхогенности, без нарушения дифференцировки слоев. Ход ОСА, ВСА прямолинейный с 2х сторон. Внутрипросветных образований на доступных для визуализации участках не выявлено. Гемодинамически не значимая асимметрия в СМА 25% и ЗМА 20% . Спектральные и скоростные характеристики кровотока соответствуют возрастным нормативным значениям. Диаметры магистральных артерий в пределах нормативных значений. Вхождение ПА в костный канал высокое справа, ход прямолинейный, скоростные показатели пределах нормы, бес асимметрии. Затруднен венозный отток по вене Розенталя справа.

18.02.16 осмотр асс. каф. Соловьюк А.О:. диагноз см. выше.

17.02.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,7 см3; лев. д. V =5,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура без особенностей. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: кортеф.

Состояние больного при выписке: уменьшились общая слабость, утомляемость, АД 120/80 мм рт. ст. электролиты крови (К – 3,8 ; Nа –141) от 23.02.16

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Кортеф 10 мг 1,5 т утром + 1т в обед. Контроль АД 2р/д. Контроль электролитов крови (К, Na) в динамике ч/з 1-2 нед. Контроль кортизола крови, АКТГ в динамике ч/з 1 мес. Повторный осмотр в энддиспансере ч/з 1 мес.
3. Рек. кардиолога: ивабрадин 5 мг 1т 2р\д.. Контроль ЧСС, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рек. невропатолога: кавинтон форте 1т 2р\д 1,5 мес, флебодия 600 мг утром 1р/д до 2 мес.
5. Направить на ВКК по м/ж для определения степени утраты трудоспособности.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.