#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 430

##### Ф.И.О: Савельева Лиана Николаевна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Запорожье ул. Коммунаровская 64-39

Место работы: инв Ш гр, ЧАО «ЗЭРЗ», швейцар

Находился на лечении с 21.03.17 по 31.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжелая форма ст, декомпенсации. Состояние после адреналэктомии 2011. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, с-м вестибулопатии, астено-невротический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Ф. кл II. САГ. Дисгормональный остеопороз, остеопатия (Т1-3). Узловой зоб 0-1. Узлы перешейка. Эутиреоз. Состояние после операции (23.03.16) герниолапаротомия, резекция тонкого кишечника.

Жалобы при поступлении на общую слабость, утомляемость, бронзовый оттенок кожи, утреннюю тошноту, отеки лица, головные боли, головокружение .

Краткий анамнез: Впервые жалобы появились с 2008, когда был выявлен с-м Иценко-Кушинга. 10.03.11 - адреналоэктомия в ЗОКБ ПГЗ от 06.03.11 – адренокортикостерома. С 08.2011 - заместительная терапия по поводу хр. надпочечниковой недостаточности, постоянно принимает преднизолон 8.00 – 5 мг, 11.00 – 2,5 мг, гидрокортизон – 8.00 – 20 мг. 11.00 – 20 мг. Узловой зоб с 2011. ТАПБ от 2011 – Узловой зоб с участками кистовидной дегенерации узла. АКТГ – 9,72 ( 7,2-63,3) ТТГ – 0,6 ( 0,3-4,0) от 04.04.16. Кортизол – 47,3 (166-5,07) от 09.03.17. В 2016 получала стац лечение в х/о по поводу ущемленной пупочной грыжи. 23.03.16 герниолапаротомия, резекция тонкой кишки. Страдает дисгомональным остеопорозом. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии, лечение метаболической кардиомиопатии.

Данные лабораторных исследований.

22.03.17 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,0 лейк –5,0 СОЭ –6 мм/час

э- 1% п- 0% с- 60% л- 34% м-5 %

22.03.17 Биохимия: СКФ –80,7 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,41 ХСЛПВП -1,78 ХСЛПНП -2,8 Катер -1,9 мочевина –5,0 креатинин –88,0 бил общ –88,0 бил пр –3,2 тим – 2,6 АСТ – 0,14 АЛТ – 0,14 ммоль/л;

24.03.17 ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/мл

24.03.17 К – 4,99 ; Nа –141,8 Са - 2,37 Са++ -1,18 С1 – 103,1 ммоль/л

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

22.03.17 глюкоза крови - 3,2

21.03.17 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1 с-м вестибулопатии, астеноневротический с-м.

27.03.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие, очень извитые, стенки вен уплотнены, с-м Салюс 1 ст В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.03.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

23.03.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

29.03.17 осмотр доц. кафедры Соловью А.О : диагноз согласован.

21.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V = 5,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом. В пр доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,66\*0,53 см. У перешейка справа такой же узел 1,23 \*0,81 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы правой доли

Лечение: бифрен, луцетам преднизолон, гидрокортизон,

Состояние больного при выписке: уменьшились слабость, утомляемость боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, ревматолога по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 8.00 – 1 т, 11.00 ½ т. Гидрокортизон 8.00 – 20 мг 11.00 – 20 мг.
3. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д Контроль АД, ЭКГ.
4. Рек. невропатолога: бифрен 1к на ночь 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Конс. ревматолога по м\ж учитывая дисгормональный остеопороз
7. Б/л серия. АГВ № 235726 с 21.03.17 по 31.03.17. к труду 01.04.17

##### 

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В