#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 687

##### Ф.И.О: Колесник Наталья Александровна

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Сытова 13а- 171

Место работы: ООО «СПЕЦИМИДЖ» , портной. инв Ш гр

Находился на лечении с 16.05.18. по 31.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжелая форма, стадия декомпенсации. Вторичный ангиотрофоневроз. СВД, перманентно-пароксизмального характера. Метаболическая кардиомиопатия СН0. Симптоматическая артериальная гипотензия Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

Жалобы при поступлении на общую слабость, утомляемость, ухудшение зрения, памяти, снижение АД до 90/70 мм рт ст с эпизодами повышения АД до 140/90 мм рт ст, учащенное сердцебиение

Краткий анамнез: Страдает хронической надпочечниковой недостаточностью с 1994. Постоянно принимает преднизолон . Ранее принимала 3т преднизолона ( 15мг/сут), кортинеф по ½ т 1р/д. Ухудшение состояния в течение месяца после перенесенного ОРВИ, проведен контроль кортизола крови от 26.04.18 – 1,5 ( 166,0-507,0) К – 5,1 Na – 133. 04.05.18 конс эндокринологом ОКЭД увеличена доза преднизолона до 3,5 т ( 17,5 мг/сут), кортинеф 1/2т 1р/д, назначенную терапию принимает в настоящее время. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.05 | 125 | 3,7 | 4,3 | 24 | |  | | 1 | 0 | 44 | 50 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.05 | 99 | 7,2 | 2,1 | 1,62 | 4,6 | | 3,4 | 5,0 | 69 | 8,2 | 2,0 | 1,39 | | 0,18 | 0,25 |

18.05.18 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

17.05.18 К – 5,09 ; Nа –139,0 Са++ -1,13 С1 - 100 ммоль/л

21.05.18 К – 5,3 ; Nа –135 Са++ -1,10 С1 - 104 ммоль/л

25.05.18 К – 5,3 ; Nа –135 Са++ -1,09 С1 - 104 ммоль/л

30.05.18 К – 4,67 ; Nа –138 Са++ -1,17 С1 - 104 ммоль/л

17.05.18 кортизол – 1,87 ( 6,2-19,4) мкг/дл

17.05.18АЧТЧ – 26,0 МНО 1,42 ПТИ – 72,6 фибр – 4,0

### 17.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-01 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. ед- в п/зр

21.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.05 |  |  | 6,3 |  |  |
| 18.05 | 3,3 | 3,4 | 6,4 | 6,0 |  |
| 20.05 | 4,2 | 3,8 | 7,1 | 7,5 |  |

17.05.18Невропатолог: СВД, перманентно-пароксизмального характера.

18.05.18 Окулист: VIS OD= 0,2сф – 2,0ц-0,75Д ах155=1,0 OS= 0,2сф- 1,5=1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды узкие умеренно извиты, вены полнокровны, неравномерного калибра. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ

16.05.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

17.05.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН. Симптоматическая артериальная гипотензия

21.05.18Ангиохирург: Вторичный ангиотрофоневроз.

30.05.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника.

22.05.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

23.05.18 осмотр совместно с Зав. отд. Фещук. И.А.Нач. мед. Карпенко И.В. диагноз, терапия согласованы

16.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2см3; лев. д. V =4,9 см3

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

28.05.18 УЗИ БЦА: Признаки утолщения КИМ. Неравномерность хода ПА .Признаки дегенеративно-дистрофических процессов в ШОП в виде нарушение хода ПА в костном канале. Доплерографические признаки умеренной гиперфузии по СМА, венозной дисциркуляции в ВББ. Снижение скоростей кровотока по обеим ПА в сегменте V$ при поворотах головы в обе стороны ( экстравальная компрессия, наиболее выраженная при повороте головы влево) нарушен венозный отток.

25.05.18 проведено ЛКК. Диагноз согласован., учитывая давность заболевания, наличие осложнений, частую декомпенсацию связанную с сопутствующей патологией, рекомендовано направить на ВКК по м/ж с целью решения вопроса утраты трудоспособности.

Лечение: глюкоза 40% в/в стр, глюкоза 5% в/в кап, преднизолон, кортинеф, т-триомакс, аскорбиновая кислота, пирацетам, дексаметазон в/в кап.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась общая слабость, утомляемость, нормализовались показатели АД, показатели электролитного обмена, АД 120/70мм рт. ст. ЧСС 70-75 уд/мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 2 табл в 8.00, 1/5 табл в 11.00 ,кортинеф 0,1 мг 1т 1р/д под контролем кортизола крови, натрия, калия, АД.
3. Контроль электролитов крови ( натрий, калий) через 1 нед. повторный осмотр эндокринолога ОКЭД.
4. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
5. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга, повторный осмотр невропатолога с результатами УЗД МАГ.
6. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
7. учитывая давность заболевания, наличие осложнений, частую декомпенсацию связанную с сопутствующей патологией, рекомендовано направить на ВКК по м/ж с целью решения вопроса утраты трудоспособности.
8. Б/л серия. АДЛ № 177531 с 16.05.18. по 31.05.18 к труду 01.06.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.