#### Выписной эпикриз

Из истории болезни № 1237

##### Ф.И.О: Тихая Татьяна Дмитриевна

Год рождения: 1960

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Чаривное, ул. 40л. Победы 15

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.10.15 по 20.10.15 в энд. отд.

Диагноз: Синдром несахарного диабета ,мозаичная форма Узелковая гиперплазия левого надпочечника, без признаков гормональной активности. Узловой зоб 0-1. Мелкий узел правой доли. Эутиреоз ХБП 1. ст. солевой диатез. Кисты обеих почек. Тревожное расстройство. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, повышение АД макс. до 190/100мм рт.ст., отеки лица, сухость во рту, полиурию, снижение в весе на 30 кз за 2 года, общую слабость, быструю утомляемость, нарушение сна, психо-эмоциональную лабильность, раздражительность, периодически задержку мочеиспускания с чередованием полиурии, боли в поясничной области,

Краткий анамнез: Ухудшение состояния с 2013когда начала отмечать боли в поясничной области, задержку мочеиспускания. Неоднократно проходила стац лечение в отд. нефрологии (12.2014, 02.2015, 06.2015) с диагнозом ХБП 1, солевой диатез, кисты обеих почек. При гормональном обследовании было обнаружено повышение уровня кортизола, альдостерона. На КТ выявлена узелковая гиперплазия левого надпочечника 06.02.15 КТ. Контуры левого надпочечника неровные за счет наличия в его структуре, единичных узелковых образований 7\*7 мм. Альдостерон – 410 (30-310), кортизол – 810 (160-670).С 18.05.15 по 25.05.15 проходила стац лечение в отд, эндокринной хирургии ЗОКБ. Дообследована: убедительных данных за первичный гиперальдостеронизм не выявлено. Ухудшение состояния в течении месяца, когда начала отмечать полиурию, обратилась в ОКЭД дообследована АДГ ( антидиуритетический гормон) - <1 (1.0-8.0) от 18.09.15. 06.10.15 глюкоза крови – 4,6 уд. вес мочи 06.10.15 – 1000. 06.10.15 АКТГ – 14,2 ( <46) коризол -11,0 ( 5,0-20,0). 06.10.15 консультирована нефрологом Дз: «ХБП 1 солевой диатез, кисты обеих почек». Госпитализирована в ОКЭД для уточнения диагноза, решения вопроса о дальнейшей тактики лечения.

Данные лабораторных исследований.

13.10.15 Общ. ан. крови Нв – 120 г/л эритр –3,8 лейк – 5,5 СОЭ –19 мм/час

э- 0% п- 0% с- 63% л- 30% м- 7%

13.10.15 Биохимия: СКФ –98,54 мл./мин., хол –4,71 тригл -1,08 ХСЛПВП -1,51 ХСЛПНП -2,7 Катер -2,1 мочевина – 3,3 креатинин – 75,6 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим – 2,5АСТ – 0,32 АЛТ – 0,35 ммоль/л;

16.10.15 Св.Т4 - 13,9 (10-25) ммоль/л; ТТГ –1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТГ - 505,9 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 39,7 (0-30) МЕ/мл

### 13.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

15.10.15 Анализ очи по Зимницким: Дн. д. 1,9; ночн. д. – 1,65 л;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во молчи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1005 | 0,650 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1010 | 0,200 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1006 | 0,350 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1002 | 0,700 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1004 | 0,300 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1010 | 0,450 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1008 | 0,250 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1005 | 0,650 |

19.10.15 Анализ очи по Зимницким: Дн. д. 1,150; ночн. д. – 1,05 л;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во молчи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1005 | 0,250 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1020 | 0,120 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1013 | 0,200 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1005 | 0,580 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1010 | 0,200 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1010 | 0,200 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1007 | 0,200 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1003 | 0,450 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.10 | 4,7 |  |  |  |  |
| 18.10 | 5,2 | 4,8 | 4,6 | 4,1 |  |

06.10.15Невропатолог: тревожные расстройства.

06.10.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

12.10.15ЭКГ: ЧСС 85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.10.5Нефролог: ХБП I ст.: солевой диатез, кисты обеих почек.

12.1.015Гинеколог: пр. здорова

13.10.15 Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: С-м несахарного диабета ?. Узелковая гиперплазия левого надпочечника, без признаков гормональной активности. Узловой зоб 0-1. Мелкий узел правой доли. ХБП 1. ст. солевой диатез. Кисты обеих почек. Тревожное расстройство.

12.10.15 ФГ ОГК без патологии

15.10.15 психиатр: продуктивной психиатрической симптоматики не выявлено.

06.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8см3; лев. д. V = 5,7см3

Перешеек –0,42см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В пр. доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,67\*0,47 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Мелкий узел правой доли.

Лечение: дообследование.

Состояние больного при выписке: По данным клинического и лабораторного исследования, после проведения контрольного ан. мочи по Зимницкому от 19.10.15 удельный вес мочи 1003-1005 с 3.00 до 9.00, также имеет место лабораторное снижение вазопресина, что подтверждает мозаичную форму с-ма несахарного диабета. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 80 уд\мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, невропатолога по м\жит.
2. Ан. мочи по Зимницкому в динамике, при возможности контроль уровня вазопресина ч/з 6 мес с повторным осмотром эндокринолога.
3. КТ надпочечников ч/з 6 мес, консультация эндокринного хирурга при показаниях (узелковая гиперплазия левого надпочечника)
4. Рек. невропатолога: триттико 100 мг на ночь 5 дней, затем 150 мг на ночь длительно.,
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.