#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 513

##### Ф.И.О: Калашникова Анастасия Ивановна

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье ул. Фильтровая 2-4

Прописана Луганская обл с. Георгиевка ул Молдаванская 4

Место работы: н/р, инв Ш гр с детства.

Находился на лечении с 04.04.17 по 13.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Полиурия неуточненного генеза, легкой степени. ХБП 1, (СКФ 106 EPI) гломерулонефрит, ремиссия. Вегетативная дисфункция, астено-невротический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН I.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружения, учащенное сердцебиение при нагрузке, снижение АД до 190/60, сухость во рту , жажду (5-7л/сут) , полиурию (диурез до 6л/сут)

Краткий анамнез: Наблюдается по поводу нефрогенного несахарного диабета, со слов больной с детского возраста. В 2012. проходила стац лечение в энд. отд. Луганской обл. больницы, получала лечение гипотиозидом (100мг утром) до 2015 г, на данный момент терапию не получает. В 2010 по данным выписного эпикриза № 596 АДГ – 13,3 (0,4-4,0) . В 2012 МРТ гипофиза: «Признаков аденомы гипофиза не выявлено. Киста слизистой, правой гайморовой пазухи». Страдает хроническим гломерулонефритом с 6 летнего возраста, состоит на «Д» учете у нефролога по м\ж. Госпитализирована в эндодиспансер для уточнения диагноза, решения вопроса о дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | | Нв | | эритр | | | лейк | | СОЭ | | э | | | п | | с | | | л | | м | |
| 05.04 | | 151 | | 4,5 | | | 3,6 | | 4 | | 1 | | | 5 | | 56 | | | 34 | | 5 | |
| биохимия | СКФ | | хол | | тригл | ХСЛПВП | | ХСЛПНП | | Катер | | мочевина | креатинин | | бил общ | | бил пр | тим | | АСТ | | АЛТ |
| 05.04 |  | | 4,1 | | 1,03 | 1,35 | | 2,3 | | 2,0 | | 3,7 | 80,3 | | 9,8 | | 2,3 | 2,0 | | 0,14 | | 0,22 |

09.04.17 общий блок 65,3.

07.04.17 К – 4,12 ; Nа 140– Са++ 1,08 С1 - 100 ммоль/л

10.04.17 Коагулограмма: ПТИ – 85 %; фибр –2,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

10.04.17 Проба Реберга: креатинин крови-70 мкмоль/л; креатинин мочи- 4620 мкмоль/л; КФ- 347,6мл/мин; КР- 98,44 %

### 07.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк – 2-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - в п/зр

11.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

10.04.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр, диурез 7,8 л

06.04.17 Анализ мочи по Зимницкому: Дн. д. 4,4; ночн. д. – 2,7л; сут д. – 7,1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1012 | 0,9 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1013 | 1,2 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1004 | 1,0 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1009 | 1,3 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1011 | 1,0 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1005 | 0,7 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1010 | 0,5 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1006 | 0,5 |

11.04.17 Анализ мочи по Зимницкому: Дн. д. 4,1; ночн. д. – 2,3л; сут д. – 6,4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1011 | 0,8 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1005 | 1,2 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1004 | 0,9 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1005 | 1,2 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1006 | 0,9 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1010 | 0,9 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1003 | 0,2 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1010 | 0,3 |

13.04.17 Анализ мочи по Зимницкому: Дн. д. 3,9 ночн. д. – 2,3л; сут д. – 6,2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1012 | 0,8 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1010 | 1,0 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1005 | 1,2 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1011 | 0,9 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1010 | 0,9 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1012 | 0,5 |
| 7 | 24.00-3.00 | - | - |
| 8 | 3.00-6.00 | 1008 | 0,9 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.04 | 3,5 |  |  |  |  |

10.04.17 5 стандартных проб: АНС, выраженные изменения.

10.04.17 Невропатолог: Вегетативная дисфункция, астено-невротический с-м, перманентно-пароксизмального характера, Синкопальное состояние неуточненного генеза.

12.04.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие, умерено извиты. В макулярной области без особенностей.

06.04.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

05.04.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I.

06.04.17 На р-гр ПОП признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков.

05.04.17 на р- гр турецкого седла - размеры и форма турецкого седла не изменены.

12.04.17 осмотр доц. каф. Шеховцевой Т.Г, у больной ХБП 1, (СКФ 106 EPI) гломерулонефрит, ремиссия. Патология почек не имеет отношения к несахарному диабету.

10.04.17 нефролог: пациентка в диагностическом плане неясна, показан осмотр доц. каф. Шеховцевой Т.Г.

11.04.17 консилиум доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В доц. каф. внутренних болезней ЗГМУ № 1 Соловьюк А.О. Нач. мед. Карпенко И.В Леч. врач Соловьюк Е.А.

04.04.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,3см3; лев. д. V =4,2 см3

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

Состояние больного при выписке: после дообследования пациентки у нефролога (ХБП 1, (СКФ 106 EPI) гломерулонефрит, ремиссия. Патология почек не имеет отношения к несахарному диабету). Имеется полиурия неуточненного генеза, легкой степени. Для выявления характера полиурии необходимо провести дообследование: пробу с сухоедением, проведение десмопрессинового теста, определение уровня АДГ, МРТ головного мозга. От данных дообследования пациентка категорически отказывается, имеется подпись в истории болезни. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 70.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога по м\жит.
2. Определение уровня антидиуретического гормона, МРТ головного мозга в амбулаторных условиях. После дообследования конс. в ОКЭД для уточнения диагноза.
3. При согласии больной повторная госпитализация в ОКЭД для проведение пробы с сухоядением, проведение десмопрессинового теста,
4. Рек. кардиолога: ивабрадин 5 мг 1-2р/д, 1 нед Контроль АД, ЭКГ. Дообследование ЭХОКС. Повторный осмотр.
5. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга, армадин лонг 300 мг утром 1 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В