#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1795

##### Ф.И.О: Лаврова Галина Николаевна

Год рождения: 1978

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Новогупаловка ул. Маяковского 30а

Место работы: . Новогупаловский учебно воспитательный комплекс ВРС, учитель .

Находился на лечении с 19.12.17 по 30.12.17 в энд. отд.

Диагноз: Несахарный диабет средней тяжести, ст декомпенсации. Хр. надпочечниковая недостаточность средней тяжести, ст декомпенсации. Посттравматическая энцефалопатия, глиозные изменения в проекции гипоталамуса справа, цефалгический с-м, вестибуло-атактический с-м, с-м «пустого» турецкого седла. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Симптоматическая артериальная гипотензия

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание с выделением большого кол-ва мочи, выраженная слабость, усиливающееся во 2 половине дня, повышенная утомляемость, утренняя тошнота, рвота, потемнение кожи, снижение АД до 60/40 мм рт ст.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния с июля 2011 после перенесенной ЗЧМТ получала стац лечение в 10.2011 по поводу несахарного диабета, впервые выявленного. С этого времени постоянная заместительная терапия – уропрес. В наст. время принимает: уропресс 2дозы 4р/д В 07.2012 стац лечение в неврологическом отд ЗОКБ по поводу «Посттравматическая энцефалопатия, глиозные изменения в проекции гипоталамуса справа, цефалгический с-м, вестибуло-атактический нейроэндокринный с-м». МРТ головного моза от 06.07.12 – Признаки очага глиозных изменений в проекции гипоталамуса справа, с-м «пустого» турецкого седла. В дальнейшем наблюдается неврологом. Ухудшение состояния с 2013, когда появились выраженная слабость, усиливающееся во 2 половине дня, повышенная утомляемость, утренняя тошнота, рвота, потемнение кожи, снижение АД до 60/40 мм рт ст; при стац лечении в ОКЭД в 10.2013 выявлена хр. надпочечниковая недостаточность. Кортизол 7,34 (6,4-21,0) АКТГ-11,88 (7,2-63,3).. С этого момента постоянно принимает преднизолон 10 мг утром. Ухудшение состояния в течение последних 3 мес когда усилились вышеперечисленные жалобы . уд. вес мочи 1000. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 20.12 | 149 | 4,5 | 7,4 | 7 | 1 | 0 | 51 | 47 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.12 | 68,3 | 4,9 | 0,9 | 1,35 | 3,1 | 2,6 | 4,5 | 95 | 17,3 | 4,0 | 2,5 | 0,28 | 0,31 |

22.12.17 Св.Т4 - 16,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,26 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –32,9 (0-30) МЕ/мл

26.12.17 АКТГ - 16,0 ( 7,2-63) кортизол -5,88 ( 6,2-19,4)

20.12.17 К –3,85 ; Nа –137,7 Са++ - 1,14С1 – 104,1 ммоль/л

### 22.12.17 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

.12.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

20.12.1.7 Гликемия – 3,8ммоль/л

21.12.17 Анализ мочи по Зимницкому: дневной –1,7 ночной -2,48 сут диурез 4,18

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1017 | 0,3 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1003 | 0,66 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1004 | 0,6 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1021 | 0,14 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1028 | 0,14 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1022 | 0,14 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1005 | 0,6 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1002 | 1,6 |

26.12.17 Анализ мочи по Зимницкому: дневной –0,9 ночной -1,49 сут диурез 2,39

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1022 | 0,2 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1003 | 0,3 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1002 | 0,3 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1012 | 0,1 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1004 | 1,15 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1012 | 0,15 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1016 | 0,15 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1013 | 0,04 |

27.12.17Невропатолог: Посттравматическая энцефалопатия, глиозные изменения в проекции гипоталамуса справа, цефалгический с-м, вестибуло-атактический с-м, с-м «пустого» турецкого седла.

27.12.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: сосуды обычного калибра вены слегка уплотнены, в макуле без особенностей.

19.12.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо . Гипертрофия левого желудочка.

21.12.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Симптоматическая артериальная гипотензия

28.12.17 ЭХОКС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме, Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется .Сократительная способность миокарда в норме .Минимальная регургитация на ТК. Дополнительная хорда ЛЖ .

28.12.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0,7см3; лев. д. V = 5,07 см3

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

27.12.17 ВКК в составе Нач. мед. Карпенко И.В. Зав. отд. Фещук. И.А. Зав. отд. Еременко Н.В. диагноз см. выше.

Лечение: уропрес, преднизолон

Состояние больного при выписке: Несахарный диабет субкомпенсирован, уменьшилось кол-во суточной мочи, кратность мочеиспусканий, надпочечниковая недостаточность субкомпенсирована ,уменьшилась слабость, утомляемость АД 90/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога по м\жит.
2. Уропрес 2 дозы 4р/д (1 доза в 1 носовой ход ) 6.00, 12.00, 18.00. 24.00 под контролем ан мочи по Зимницкому в динамике – пожизненная заместительная терапия..
3. Преднизолон 5 мг 2 табл в 7.00, 1 табл в 11.00 , под контролем К, Na - пожизненная заместительная терапия
4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 1 мес.
5. УЗИ щит железы, Т4св 1р/год,
6. Избегать физических и психоэмоциональных перегрузок.
7. Рек ВКК: Учитывая наличие двух орфанных заболеваний, которые сопровождаются тошнотой, периодической рвотой, гипотонией, полиурией, постоянным приемом гормональных препаратов ( пожизненная заместительная терапия) направить на ВКК по м/ж для решения вопроса о степени утраты трудоспособности.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.