#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1173

##### Ф.И.О: Сичевская Инна Сергеевна.

Год рождения: 1996

Место жительства: г. Запорожье ул. Панфиловцев

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.09.18 по 20.09.18 в энд. отд.

Диагноз :Несахарный диабет, средней тяжести, декомпенсация. Врождённая аномалия развития зрительного анализатора. Частичная атрофия зрительного нерва. Миопический астигматизм, горизонтальный нистагм ОИ. Метаболическая кардиомиопатия на фоне основного заболевания .

Жалобы при поступлении на общую слабость, утомляемость, ухудшение зрения, памяти, судороги икроножных мышц, головные боли, на сухость во рту.

Краткий анамнез: наблюдается у эндокринолога по поводу несахарного диабета с 2 х летнего возраста .Постоянно принимает, заместительную терапию. В наст. время принимает: минирин 0,2 мг 1 ½ т утром + 1 т в обед + 1 ½ т веч. Последнее стац. лечение в 2016 в энд отд 4-й ГБ (выписной эпикриз прилагается).ТТГ – от 05.06.18 – 1,1(0,3-4,0).07.08.18 УЗИ почек: Эхопризнаки правостороннего нефроптоза хронического вялотекущего пиелонефрита, кальцинатов в почках. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.09 | 147 | 4,4 | 7,7 | 6 | |  | | 2 | 2 | 73 | 20 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.09 | 79,0 | 3,6 | 0,99 | 1,45 | 1,7 | | 1,5 | 3,0 | 98 | 11,4 | 2,9 | 1,6 | | 0,2 | 0,15 |

11.09.18 К –3,78 ; Nа –139 Са++ -1,1 С1 -104 ммоль/л

11.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

11.09.18 Анализ мочи по Зимницкому: дневной – 0,625 ночной 0,8 сут диурез 1,425

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1007 | 0,35 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1004 | 0,125 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1010 | 0,1 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1015 | 0,05 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1015 | 0,05 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1005 | 0,25 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1000 | 0,25 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1006 | 0,25 |

17.09.18 Анализ мочи по Зимницкому: дневной – 1,05 ночной 1,1 сут диурез 2,15

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1005 | 0,3 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1005 | 0,25 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1005 | 0,2 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1005 | 0,3 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1000 | 0,15 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1000 | 0,5 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1011 | 0,2 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1003 | 0,25 |

20.09.18 Анализ мочи по Зимницкому: дневной – 0,67 ночной 0,35 сут диурез 1,05

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1006 | 0,3 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1020 | 0,125 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1020 | 0,075 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1015 | 0,175 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1020 | 0,05 |
| 6 | 21.00-24.00 |  |  |
| 7 | 24.00-3.00 |  |  |
| 8 | 3.00-6.00 | 1010 | 0,3 |

11.09.18 Гликемия – 3,3 ммоль/л

17.09.18 Гликемия – 4,5 ммоль/л

11.09.18 Окулист: горизонтальный нистагм. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, вены полнокровны, более детально осмотреть не удается. Д-з: Врождённая аномалия развития зрительного анализатора. Частичная атрофия зрительного нерва. Миопический астигматизм, горизонтальный нистагм ОИ.

11.09.18 ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Брадиаритмия. Эл. ось не отклонена. Дистрофические изменения миокарда.

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

10.09.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия на фоне основного заболевания .

14.09.18 МРТ Головного мозга: МРТ картина агенезии прозрачной перегородки.

10.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,6см3; лев. д. V =3,4 см3

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

Лечение: минирин, предуктал MR, аспекард.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось уменьшилась сухость во рту, жажда ,общая слабость АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога по м\жит.
2. Минирин 0,2 мг 1,5 т утром + 1 т в обед + 1,5т веч
3. Контроль ан. мочи по Зимницкому в динамике
4. Предуктал MR 1т 2р/д 1 мес.
5. Конс невропатолога по м/ж

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.