#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1413

##### Ф.И.О: Гнатюк Денис Александрович

Год рождения: 1997.

Место жительства: Токмакский р-н,г. Токмак ул. Ленина 21

Место работы: БДПУ студент, инв II гр

Находился на лечении с 12.10.17 по 20.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Нанизм (гипофизарный?, ятрогенный?). Гипоплазия гипофиза. Энцефалопатия 1 ст без клинических проявлений ( по данным МРТ). Ювенильный хронический артрит, полиартрит, серонегативный тип, акт Ro II НФС1. НЦД по смешанному типу . ПМК 1 ст с минимальной регургитацией СН 0. Инфекция мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на болезненность в мелких суставах кистей, снижение памяти, задержка роста, учащенное сердцебиение при нагрузке, головные боли, слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: С 9 летнего возраста страдает ювенильным ревматоидным артритом, принимает метипред 4-8 мг/сут, базисную терапию метотрексатом не получает систематически.. С этого же периода наблюдается задержка роста. Состоит на «Д» учете у эндокринолога, ревматолога. В 2013 стац лечение в энд отд ОДБ с диагнозом «Ятрогенный нанизм», выписной эпикриз прилагается. 11.11.14 Т4св – 16,0 ( 10,5-24,4) ТТГ – 1,33 ( 0,44,0) АТТПО< 10,0 ( 0-35) СТГ – 0,15 ( 0,22-12,0) . С 2015 на «Д» учете у эндокринолога ОКЭД. 08.01.14 Са++ - 1,29 ( 1,12-1,3) т4св – 17,2 ТТГ- 0,88 АТТПО - <10,0 АТТГ -<20,0 ПГ- 20,8. 03.15 СРБ-15,04. Ранее терапия гормоном роста не проводилась ввиду высокой активности ювенильного ревматоидного артрита С 15.06.17-23.06.17 стац лечение в рематологич. отд ЗОКБ (выписной эпикриз № 10766 прилагается).06.17 обратился к эндокринологу ОКЭД для решения вопроса о возможности назначения гормона роста. Проведены дообследования: инсулинопод. фарктор роста – 219 ( 147-404) СТГ -0,35 ( 0,97-4,9) от 21.06.17. 12.09.17 МРТ головного мозга: «МРТ картина гипоплазии гипофиза. Единичный очаг в левой лобной доле может быть проявлением лейкоэнцефалопатии экзогенного генеза ( медикаментозной?),либо очаговым лейкоареозом» Госпитализирован в обл. энд. диспансер для решения вопроса о возможности назначения гормона роста, проведения стимуляционных проб.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.10 | 141 | 4,2 | 5,9 | 5 | 1 | 1 | 54 | 41 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.10 | 103,1 |  |  |  |  |  | 4,2 | 77 | 12,4 | 3,1 | 3,0 | 0,39 | 0,16 |
| 19.10 |  | 4,55 | 1,63 | 1,56 | 2,24 | 1,9 |  |  |  |  |  |  |  |

12.10.17ФСГ 4,8, ЛГ – 4,0 Тестостерон общ – 1241 (262- 1593)

13.10.17 Соматотропный гормон – 1,43 ( 0,97-4,7)

13.10.17Св.Т4 - 23,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –67,4 (0-30) МЕ/мл

17.10.17 С-реактивный белок – отр

19.10.17 Забор крови на инсулиподобный фактор роста ( в работе)

13.10.17 К – 3,89 ; Nа –135,4 Са++ -1,21 С1 – 103,4 ммоль/л

### 13.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

19.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.10 | 3,0 |  |  |  |
| 18.10 |  |  | 5,7 | 5,0 |
| 19.10 | 4,1 | 4,5 |  |  |
|  |  |  |  |  |

17.10.17 Невропатолог: Энцефалопатия 1 ст без клинических проявлений ( по данным МРТ). Гипоплазия гипофиза.

13.10.17 На р-гр кистей определяются открытые зоны роста фаланг пальца плюсневых костей и лучевых костей

17.10.17 Р-н кистей: костный возраст соответствует 16 годам.). Зоны роста частично открыты в ср .фалангах, основных, пястных и длинных трубчатых костей.

18.10.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ

18.10.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу . ПМК 1 ст с минимальной регургитацией СН 0

19.09.17 ЭХОКС: ПМК 1 ст с минимальной регургитацией дополнительные хорды в полости левого желудочка.

17.10.17 Ревматолог: Ювенильный хронический артрит, полиартрит, серонегативный тип, акт Ro II НФС1

19.10.17УЗИ(почек,надпочечников,яичек): правое яично –овальной формы размерами 2,8\*1,9\*4,0 объем 11,6 см. ,с четкими ровным конурами. Белочная оболочка определяется в виде тонкой непрерывной полоски. Под ней тонкая полоска свободной жидкости, окружающая яичко толщиной ( норма 0,1-0,3 см). Эхоструктура паренхимы яичка средней эхоинтенсивности, однородная. Средостение в виде узкой полосы. Придаток яичка –головка размерами – 1 см ( норма 1,0-1,5 см) структура идентична структуре яичка. Тело и хвост не дифференцируется. Семенной канатик и гроздьевидное венозное сплетение определяется в виде тяжа ячеистой структуры по заднему краю яичка, диаметр вен до 1,5 см. Левой яичко – овальной формы размерами2 ,7\*1,8\*4,0 объем 9,6 см. с четкими ровными контурами. Белочная оболочка определяется в виде тонкой непрерывной полоски. Под ней тонкая полоска свободной жидкости окружающая яично толщиной ( норма 0,1-0,3) Эхоструктура паренхимы яичка средней эхоинтенсивности, однородная. Средостение в виде узкой полосы. Придаток яичка головка размерами 1,1 ( 1,0-1,5) структура идентично структуре яичка. Тело и хвост не дифференцируется. Семенной канатик и гроздьевидное венозное сплетение определяется в виде тяжа ячеистой структуры по заднему краю яичка, диаметр вен до 1,6см . :Надпочечники и мочеточники не лоцируются Эхопризнаки гипоплазии правой почки. Нельзя исключить наличие микролитов в почках.

12.10.17 ФГ ОГК№ 107419: без патологии

17.10.17 консилиум доц. каф. Ткаченко ОВ Зав. отд. Фещук. И.А. Нач. мед. Карпенко И.В: Предварительный диагноз согласован. Рекомендовано дообследование.

12.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0 см3; лев. д. V = 3,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: метипред.

Состояние больного при выписке: уменьшилась общая слабость,. АД 110/70 мм рт. ст. Диагноз нанизм (гипофизрный?, ятрогенный?) требует уточнения, определение пика выброса СТГ на фоне стимуляции -проведение провакационных тестов ( проба с клонидином). В настоящее время пациент от проведения стимуляционных проб категорически отказывается, настаивает на выписке из отделения, имеется подпись больного в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, ревматолога по м\жит.
2. При согласии больного повторная госпитализация в энд. диспансер для проведения стимуляционных проб, с последующим уточнением диагноза и решением вопроса о назначении гормона роста
3. Рек ревматолога: метотрексат 10 мг /нед + фолиевая кислота 5 мг через 24 часа после метотрексата, метипрет 4 мг/сут контроль ОАК с-реактивного белка , глюкозы крови, АЛТ, АСТ, тим пробы, мовечвины, креатинина, наблюдение терапевта .
4. Конс. окулиста п ом/ж.
5. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.,
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 2 нед, суточное мониторирование ЭКГ.
7. Канефон 2т 3р/д 1 мес. Контроль ан моч и по Нечипоренко в динамике, конс. нефролога.
8. Учитывая изменения УЗИ щит железы, титр АТТПО, повторить обследование щит железы ( УЗИ щит железы, ТТГ, Т4св, АТТПО ) через 3 мес
9. Справка № С 12.10.17 по 20.10.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В