

Tadeusz Olszewski, PESEL: 45081301338

Widoczne węzły chłonne prawidłowego, owalnego kształtu, z zachowanymi zatokami tłuszczowymi, z prawidłowym przepływem naczyńowym. Największy węzeł chłonny widoczny jest w lewym dole pachowym, wielkości ok. 34x8 mm.

W badaniu zwraca uwagę powiększona tarczyca z licznymi zmianami ogniskowymi, największa ze zmian widoczna na granicy cieśni i lewego płata. Wskazane badanie ukierunkowane na tarczycę oraz konsultacja endokrynologiczna.

2014-06-10 - 89.383 -- Badanie spirometryczne-

	przed lekiem	
	(l)	(%)
FEV1	2,59	93,7
FVC	3,67	102,8
FEV1%FVC	70,49	
FEF 25	4,59	68,2
FEF50	1,79	45,8
FEF75	0,62	48,9

2014-06-10 - 89.384 -- Badanie zdolności dyfuzyjnej płuc-

	Act1	%Act1/pred
RV-He [l]	1,05	42,4
RV%TLC-He [%]	20,73	51,2
TLCO SB [mmol/min/kPa]	3,83	47
TLCOc SB [mmol/min/kPa]	5,17	63,4
TLCOc/VA [mmol/min/kPa/l]	1,05	81,8

2014-06-10 - 89.442 -- Sześciominutowy test marszu- Test marszu 6-minutowego: Parametry przed testem: SpO2 97%, HR 99, CTK 100/50, pomiar duszności 0, pomiar zmęczenia 0. Parametry po teście: SpO2 88%, HR 89, CTK 140/50, pomiar duszności 2, pomiar zmęczenia 3. Dystans: 401m. Dolegliwości w czasie próby: niestabilny chód z powodu zerwanego Achillesa. Czy pacjent jest w stanie iść dalej: TAK. Szybciej: nie.

Konsultacje:

2014-05-29- Konsultacja nefrologiczna- PNN w st. 5. Hemodializoterapia. Wykonano planową HD zgodnie ze zmianami macierzystej stacji dializ. Przebieg dializy niepowikłany.

Lekarz: Dr n. med. EWA IGNACAK Nr PWZ i specjalizacje: 2044383, Choroby wewnętrzne, Transplantologia kliniczna, Nefrologia

2014-06-03- Konsultacja nefrologiczna- Chory z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów i wtórną amyloidozą potwierdzoną w biopsji nerki, leczony od kwietnia 2014 r. powtarzanymi hemodializami w ośrodku gdańskim, przyjęty do diagnostyki pulmonologicznej. W wywiadzie gruźlica i rozedma płuc, przed 6 tygodniami hospitalizowany z powodu infekcji układu oddechowego. Obecnie nie zgłasza dolegliwości ze strony układu moczowego. Hemodializy co drugi dzień. Fizykalnie: krążeniowo wyrównany, bez obrzęków. Płuca bez zmian osłuchowych. Nerki niebadalne, niebolesne.

CTK-110/70 mm Hg. Diureza wg chorego ok 1000 ml/d.

W badaniach dodatkowych masywny białkomocz (18g/d), hipoproteinemia i hipoalbuminemia, elektroforetycznie spektrum nerczycowe. Od kilku tygodni leczony Imuranem.

Prop.: -uzupełnienie badań (lipidogram, PTH, Ca, P), usg nerek

- dieta bogatobiałkowa, ew. suplementacja albuminy iv

- pozostawienie dotychczasowego leczenia do momentu ostatecznej diagnozy pulmonologicznej

- w przypadku utrzymywania się masywnego białkomoczu do rozważenia wprowadzenie w miejsce imuranu cyklofosfamid

w

zleconej dawce

Lekarz: Dr n. med. JERZY KOPEĆ Nr PWZ i specjalizacje: 4049004, Nefrologia, Choroby wewnętrzne

2014-06-05- Konsultacja onkologiczna- Pacjent 69-letni z PNN, amyloidozą AA, RZS. od ok 3 miesięcy spadek masy ciała ok 10kg, ale pacjent podaje, iż największy spadek masy ciała przypadł na ostatnią kilkutygodniową hospitalizację w poprzednim miesiącu, w trakcie której rozpoczęto hemodializy z powodu znacznego pogorszenia funkcji nerek. Aktualnie apetyt w/n.

W bad lab wzrost Ca 15.3, w bad USG podejrzane ww chłonne pachowe lewe.

fiz. w pasze lewej kilka ruchomych ww chłonnych ok 1 cm średnicy, jeden węzeł chłonny do 2cm.

Proponuję biopsję podejrzanych ww chłonnych w celu potwierdzenia/wykluczenia choroby npl.

Należy jednak mieć na uwadze, iż spadek masy ciała u pacjenta związany jest z ogólnym pogorszeniem stanu zdrowia oraz