ОБОСОБЛЕННОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ –
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ю.Е.ВЕЛЬТИЩЕВА
ФГБОУ ВО РНИМУ ИМ.Н.И.ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ
Россия 125412, г.Москва, ул.Талдомская, 2
Тел.:+7 (495) 483 41 83, +7 (495) 487 20 45
e-mail: doctor@pedklin.ru
www.pedklin.ru

Пульмонологическое отделение

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 3716/2019

Ф.И.О. пациента: **Бондаренко Арина Витальевна**
Дата рождения (возраст): **11.01.2008 (11 лет)**
Адрес проживания: **Москва г, Клязьминская ул, д. 10, к. 1, кв. 263**
Место работы/учебы/ДОУ (ДДУ): **школа №236, кл.4**
Социальный статус: **учащийся**
Находился на лечении с **25.04.2019** по **15.05.2019**
Основной диагноз: J45.9 - Бронхиальная астма, типичная, атопическая, тяжелое персистирующее течение, неконтролируемая, ДН 2-3 в периоде обострения. Фиброателектазы верхних долей легких.
Сопутствующее заболевание: J00 - Острый назофарингит (насморк); J30.3 - Другие аллергические риниты;

Жалобы при поступлении: длительный навязчивый малопродуктивный кашель, одышку, субфебрилитет.
Анамнез заболевания: Семейный аллергоанамнез: у матери – аллергический ринит; по линии матери у прабабушки, бабушки и её сестры – бронхиальная астма. Жилищно-бытовые условия: квартира на 3-м этаже, влажность повышена, многократно отмечались протечки,был грибок на стене в комнате и в ванной убрали; есть ковры, книги на открытых полках, мягкие игрушки убрали; периодически бываает в длительном контакте с собакой. Девочка от 3-й беременности, протекавшей благоприятно. Роды II , срочные, самостоятельные, 3390 г / 51 см, закричала сразу, оценка по Апгар 7/8 баллов, выписана на 7-й день. На грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесенные инфекции: ветряная оспа в 2008 г. Профилактические прививки сделаны по возрасту. Реакция Манту отрицательная от 29.10.12. С 3,5 лет (с августа 2011 г.), с началом посещения ДДУ, – ежемесячные респираторные инфекции с бронхообструктивным синдромом, повторные обструктивные бронхиты, эпизоды длительного спастического кашля, чаще в осенний и весенний период года, для купирования использовали небулайзерную терапию: беродуал, пульмикорт/буденит. Госпитализировалась в 12 ДИБ и ДКБ №9 (октябрь 2013 г.) в приступном периоде заболевания. В сентябре 2013 г. перенесла правостороннюю нижнедолевую пневмонию. С 10.10.13 по 22.10.13 госпитализировалась в ДКБ №9 им. Сперанского с диагнозом: «Бронхиальная астма, атопическая, средне-тяжелое течение, приступный период. ОРВИ. Респираторный микоплазмоз». При обследовании: кожные скарификационные аллергопробы с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми аллергенами были отрицательными. С октября 2013 г. получала буденит500мкг/с (через небулайзер) на постоянной основе. С февраля 2014 г. серетид 25/125 мкг х 2 р/, буденит + беродуал через небулайзер при приступах. Впервые находилась на обследовании в отделении пульмонологии МНИИ педиатрии и детской хирургии с 21.02.14 по 03.03.14, диагностирована бронхиальная астма средней тяжести, выявлена сенсибилизация к плесневым грибам, перу птиц (специфические IgG). После выписки – частые приступы затрудненного дыхания, дополнительно к базисной терапии (серетид 25/125 мкг по 1 ингаляции х 2 раза в сутки) проводили небулайзерную терапию (беродуал + пульмикорт до 500-1000 мкг/сут). С мая 2014 г., несмотря на увеличение дозы базисного препарата до 4 ингаляций в сутки (доза флютиказона – 500 мкг/сут), состояние нестабильное: одышка в покое, кашель, ежедневные эпизоды затрудненного дыхания. Повторно находилась на обследовании и лечении в отделении пульмонологии с 09.06.14 по 04.07.14. При рентгенологическом обследовании выявлен ателектаз средней доли, признаки воспаления в проекции средней доли. В 2015 г. на фоне постоянной терапии комбинированными ИГКС сохранялась одышка при физической нагрузке, ночной приступообразный кашель, низкая толерантность к физической нагрузке, быстрая утомляемость, головные боли. Приступы удушья повторялись с частотой от 1-3 раз в месяц до 2-4 раз в неделю, сохранялась высокая потребность в b2-агонистах. С весны 2015 г. получала серетид 25/250 мкг по 2 ингаляции х 2 раза в сутки, пульмикорт и атровент в период обострений. В связи с обострением в сентябре 2016г. находилась в ДГКБ им. св. Владимира, где была выявлена правосторонняя полисегментарная пневмония с ателектазами. От проведения бронхоскопии в целях исключения порока развития легких родители отказались. Базисно девочка с осени 2016г. по н/вр получает Симбикорт 160/4,5 по 2д х 2 раза в сутки (в сырое время года - в комбинации с монтелукастом 5мг/сут), однако достичь стабилизации состояния до н/вр не удается: на фоне постоянно проводимой базисной терапии, у ребенка наблюдаются частые приступы бронхиальной астмы в сырую погоду, на фоне ОРВИ, эмоциональной нагрузки; постоянно беспокоит одышка при незначительной физической нагрузке (ходьбе на короткие дистанции), приступообразный сухой или малопродуктивный кашель, требующий дополнительных ингаляций ИГКС с бронхолитиком через небулайзер. В декабре 2016г. находилась на плановом обследовании в отд.пульмонологии НИКИ педиатрии, подтвержден диагноз неконтролируемой атопической бронхиальной астмы тяжелого течения, верхнедолевой правосторонней пневмонии, осложненной ателектазом, проведен курс комбинированной антибактеральной терапии (выялены антитела к микоплазмам в высоких титрах), достигнута клиническая стабилизация состояния, рентгенологически

- расправление ателектаза и разрешение пневмонии, на РКТ легких выявлены признаки уменьшения объема верхних долей легких, компенсаторного вздутия нижних отделов легких, бронхита. После выписки по м постепенно возобновился малопродуктивный кашель со скудной белесой мокротой, одышка при ходьбе, трижды - внезапное нарастание одышки (в дом.условиях), требующее ингаляций пульмикорта и беродуала. АСТ=10 баллов (при норме от 20 б.!).В связи с нестабильным состоянием в январе 2017г. при повторной госпитализации в Институт инициирована анти-IgE-терапия препаратом омализумаб (Ксолар) 150 мг 1 раз в 4 недели (общ.ИгЕ=102 МЕ/мл, м.т. 21кг) на фоне продолжения терапии симбикортом в высоких дозах (4,5/160мкг по 2д.х2р/д) и монтелукастом (5 мг н/н). За время наблюдения состояние с некоторой положительной динамикой: эпизоды удушья, требующие доп.ингаляций беродуала, уредились до 1 раза в 3-4 дня (сырая погода), возросла переносимость физнагрузок, реже пропускала школу. В сырое время года ежегодно переносит затяжные обострения, требующие многократных курсоыв антибктериальной терапии, длительных ингаляций будесонида в высоких дозах и беродуала, массажа и физиолечения . В легких на фоне обострений периодически выявляют ателектатические изменения (в/доли с обеих сторон) , в связи с чем была обследована для исключения ИДС (основные классы иммуноглобулинов и СД-маркеры в норме), а также в микологической лаборатории НИИ гематологии исключалось грибковое поражение легких (уровень маннановых и антиманновых антител в сыворотке крови от 08.12.17 - в пределах нормы, галактоманнан отриц. при исследовании мокроты - лейкоциты до 25 в п/зр, пл.эпит. 10-12 в п/зр.,мицелий не обнар., при посеве мокроты - обильная кокковая флора (золотистый стафилококк (10 в 4ст), чувствит. к оксациллину, гентамицину, левофлоксацину, ко-тримоксазолу), нейссерия, ротия, гемофильная палочка и стрептококк 2 сероваров), при посеве мокроты роста грибов не получено). В конце декабря 2017г. вновь перенесла ОРЗ в среднетяжелой форме, на фоне терапии циклофероном и симптоматического лечения - отчетливый положительный эффект. С 06.01.18 после посещения Кремлевсой елки и на фоне возобновления контакта с собакой (+сырая погода) - затяжное обострение основного заболевания, сопровождающееся учащением кашля и нарастанием одышки, в терапии дополнительно будесонид (2000мкг/с), беродуал, лазолван; в связи со стойким субфебрилитетом проведен 7-дневный курс бисептола, в 02.2018 - цефтриаксон 1г/с №10 в/м+ флуимуцил-антибиотик, длительно сохранялся периодический субфебрилитет и малопродуктивный кашель (симптомы обструкции с уменьшением), после госпитализации в отделение в конце февраля 2018г для очередного введения ксолара - быстрое купирование симптомов на том же объеме терапии (эффект элиминации?), проведен курс массажа и физиолечения (в связи с выявленным среднедолевым ателектазом), выписана в стабильном состоянии бех хрипов и кашля. В марте 2018г. после контакта с заболевшим родственником вновь длительно отмечалась субфебрильная температура без возобновления признаков обструкции, с 25.03.18 в связи с подъемом температуры до фебрильных цифр и болями в горле проводился курс вильпрафена, ,рентгенологически выявлен риносинусит, в терапию добавлено местное лечениеДлительно сохранялся субфебрилитет (несколько раз в неделю, в вечерние часы), совпадающий с эпизодами ухудшения дыхания, попытка смены терапии на серетид через спейсер закончилась возвращением к приему симбикорта. Самостоятельно несколько раз использовали тиотропий (со слов, с некоторым улучшением) . С мая 2018г. в течение 3 мес находилась у родственников в Грузии (терапия омализумабом была прервана по инициативе пациентов); со слов, чувствовала там себя значительно лучше: приступы были редкими, чаще - на фоне затяжных дождей. По возвращении в Москву после переохлаждения с осени 2018г - значимое ухудшение состояния, длительно используют дополнительно к симбикорту (18/640) пульмикорт и беродуал, получила курсы флуимуцил-антибиотика и флюконазола без значимого эффекта, многократно перорально и парентерально прорводились курсы антибиотиков; на фоне проводимого лечения состояние нестабильное: сохраняется малопродуктивный кашель, одышка, заложенность носа, в вечерние часы периодически отмечается субфебрилитет. В 11.18 проведено повторное углубленное обследование , подтвержден диагноз некотнролируемой бронхиальной астмы тяжелого течения и низкая эффективность проводимой анти-IgE-терапии (была прекращена в 11.2018), по МСКТ ОГК - сохраняющиеся фиброателектазы в/доле й с обеих сторон+ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом. На фоне присоединения антирефлюксной терапии стабилизации добиться не удалось. Ребенок был направлен для исключения ПИДС и проведения бронхологического обследования в ДГОИ им. Д.Рогачева, где окончательно верифицировать диагноз также не удалось (ПИДС исключен, рекомендовано проведение генетического обследования и биопсия легких через 6 мес). До н/вр в терапии получает симбикорт 18/640мкг/с в сочетании с будесонидом (2000мкг/с), беродуалом (15 кап.2-4 р/д) и тиотропий (5 мг/с). На фоне проводимого лечения с наступлением теплой сухой погоды в состоянии наметилась положительная динамика: уредился и стал менее навязчивым кашель, несколько уменьшилась одышка, периодически отмечается субфебрилитет. Продолжает находиться на надомном обучении.

Анамнез жизни: Порядок настоящей беременности: III. Исходы предыдущих беременностей: старший брат - здоров. Выкидышей не было. Абортов: 1. Мертворождений не было. Течение беременности: благоприятное. Заболеваний во время беременности не было. Роды: 2 физиологические. Масса тела при рождении: 3390 г. Длина тела: 51 см. Оценка по шкале Апгар: 7-8 б. Асфиксии не было. Физиологической желтухи не было. Период адаптации: благоприятный. Заболеваний в родильном доме не было. Вскармливание: грудное до 2 мес. Режим питания: соблюдается. Раннее физическое развитие: в соответствии с возрастом. Раннее нервно-психическое развитие: в соответствии с возрастом. Инфекционные заболевания: ветряная оспа. Травм не было. Операций не проводилось. Вакцинация проведена в соответствии с возрастом. Наследственный анамнез отягощен, известен. Заболевания у родственников: у матери аллергический ринит, по линии матери у прабабушки, бабушки и ее сестры - тяжелая бронхиальная астма.

Данные осмотра: Состояние пациента: средней тяжести. Сознание: ясное. Ребёнок: контактен. Положение: активное. Вес/масса тела: 36,3 кг. (перцентиль 50-75%). Индекс массы тела: 17,03. Рост/длина: 146 см. (перцентиль 50-75%). Площадь поверхности тела: 1,21 кв.м. Физическое развитие: среднее. гармоничное. Микроаномалии: единичные. Кожа: чистая. бледная. сухая. Слизистые оболочки: не изменены. Подкожно-жировая клетчатка развита: удовлетворительно. Лимфатические узлы: единичные. мелкие. эластичные. Мышечная система развита: удовлетворительно. Форма грудной клетки: правильная. Костные деформации: нет. Частота дыхания: 22 в мин. Одышка: при нагрузке. Катаральные явления: нет. Зев: не изменен. Носовое дыхание: свободное. Голос: не изменен. Кашель: малопродуктивный. Перкуторный звук: коробочный. Дыхание: жесткое. Хрипы: множественные сухие и разнокалиберные влажные. Пульс: 94 в мин. Ритм: правильный. А/Д (прав.рука): 119/60 мм.рт.ст. Тоны сердца: отчетливые. ритмичные. Аппетит: хороший. Тошнота: нет. Рвота: нет. Другие диспептические явления: нет. Язык: обложен. влажный. Живот: мягкий. безболезненный. Печень: пальпируется. край закруглен, эластичный. Стул: не изменен Мочеиспускание: безболезненное. Дизурические явления: нет. Вторичные половые признаки: соответствуют возрасту. Осмотр половых органов: сформированы правильно по женскому типу. Психическое развитие: соответствует возрасту. Особенности: уравновешенный. Глаза: без патологии. Слух: без патологии.

Лабораторные исследования

Наименование	Нормы	26.04.2019 11:40	13.05.2019 13:49
Общий клинический анализ крови			
Лейкоциты(WBC), 10*9/л	4,50 - 11,50	5.1	6.84
Эритроциты(RBC), 10*12/л	3,90 - 5,50	4.9	4.14
Гемоглобин(HGB), г/л	120 - 150	138	149
Гематокрит(HCT), %	34,0 - 43,0	41.6	35.6
Средний объем эритроцита(MCV), фл	77,0 - 94,0	84.8	
Сред. сод. гемоглобина эритроците (MCH), пг	26,0 - 32,0	28.2	
Сред. конц. гемоглобина в эр. (MCHC), г/л	300 - 380	333	
Тромбоциты (PLT), 10*9/л	154 - 442	259	200
Распределение эритроцитов по объему(RDW-CV), %	12,0 - 15,0	13.4	
Средний объем тромбоцитов (MPV), фл	6,0 - 13,0	8.4	9
Нейтрофилы(NEU), 10*9/л	1,80 - 8,00	2.8	3.04
Лимфоциты (LYM), 10*9/л	1,20 - 6,50	1.6	2.75
Моноциты (MONO), 10*9/л	0,24 - 0,60	0.3	0.55
Эозинофилы (EOS), 10*9/л	0,000 - 0,300	0.4	0.33
Базофилы (BASO), 10*9/л	0,000 - 0,200	0	0.17
Нейтрофилы (NEU), %	44,00 - 61,00	55.6	44.4
Лимфоциты (LYM), %	28,00 - 46,00	30.6	40.2
Моноциты (MONO), %	3,00 - 10,00	6.3	8.1
Эозинофилы (EOS), %	0,000 - 5,000	7.3	4.8
Базофилы (BASO), %	0,000 - 1,000	0.2	2.5
СОЭ(Скорость оседания эритроцитов) по Вестергрену, мм/час	2 - 20	5	4
Коэффициент анизотропии эритроцитов, fL	35,0 - 47,0	38.9	
Подсчет лейкоформулы с оценкой морфологии клеток крови			
Палочкоядерные (абс.), 10*9/л	0,04 - 0,30	0.05	0.14
Сегментоядерные (абс.), 10*9/л	1,80 - 8,00	2.19	3.15
Эозинофилы (абс.), 10*9/л	0,000 - 0,300	0.306	0.137
Лимфоциты (абс.), 10*9/л	1,20 - 6,50	2.35	2.87
Моноциты (абс.), 10*9/л	0,24 - 0,60	0.2	0.55
Палочкоядерные, %	1 - 6	1	2
Сегментоядерные, %	44 - 61	43	46

Эозинофилы, %	0 - 5	6	2
Лимфоциты, %	28 - 46	46	42
Моноциты, %	3 - 10	4	8
Базофилы (абс.), 10*9/л	0,000 - 0,200	0	
Базофилы, %	0 - 1	0	

Биохимический анализ крови	Нормы	26.04.2019 12:27
Белки и аминокислоты		
Общий белок, г/л	52,0 - 88,0	66
Креатинин, мкмоль/л	35 - 100	53
Пигменты		
Билирубин общий, мкмоль/л	2,0 - 21,0	6.9
Белковые фракции		
Альбумин, %	58,0 - 65,2	61.5
Альбумин, г/л	38,00 - 45,90	40.59
a1-глобулины, %	3,1 - 5,5	3.5
a1-глобулины, г/л	0,80 - 2,30	2.31
a2-глобулины, %	10,7 - 14,7	10.4
a2-глобулины, г/л	5,80 - 10,50	6.86
b1-глобулины, %	4,1 - 6,4	5.2
b1-глобулины, г/л	4,60 - 8,10	3.47
b2-глобулины, %	2,8 - 5,8	4.2
b2-глобулины, г/л	1,80 - 5,00	2.77
y-глобулины, %	8,6 - 17,4	15.2
y-глобулины, г/л	5,00 - 13,70	10.03
Альбумин-глобулиновый коэффициент	1,08 - 1,94	1.6

Наименование	Нормы	29.04.2019 00:00
Общие иммунологические исследования		
IgE общий, МЕ/мл	0,0 - 115,8	75.8
Иммуноглобулин A, г/л	0,400 - 3,500	2.48
Иммуноглобулин G, г/л	6,50 - 16,00	9.5
Иммуноглобулин M, г/л	0,50 - 3,00	1.5
Ингаляционные аллергены (13 аллергенов)		
Смесь трав (g1/3/4/5/6/8) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Смесь плесневых аллегенов (m1-m2-m3-m4-m6) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Смесь аллергенов деревьев (раннее цвет: t3 - t4 - t8 - t15) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Смесь сорных трав (w1- w6 - w7 - w8 - w9 - w12) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к Dermatohag. pteronissimus (d1) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к Dermatophagoides farinae (d2) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к эпителию и перхоти кошки (e1) (ИФА), МЕ/мл		0,10 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к эпителию собаки (e2) (ИФА), МЕ/мл		0,10 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к эпителию кролика (e82) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к таракану рыжему (i6) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к Alternaria alternata (tenuis) (m6) (ИФА), МЕ/мл		0 (Отсутствует (0 класс))
Ig E к березе бородавчатой (t3) (ИФА), МЕ/мл		0 (0 класс)
Ig E к полыни (w6) (ИФА), МЕ/мл		

Общий анализ мочи	Нормы	26.04.2019 09:44
Физико-химические свойства		
Белок, г/л	0,000 - 0,100	0 (-)
Цвет		Желтая

Прозрачность		Прозрачная
Глюкоза, мМоль/л	0,1 - 1,8	Норма
Кислотность	5,0 - 8,0	6,5 (Слабо-кислая)
Удельный вес	1,003 - 1,030	1,017
Лейкоцитарная эстераза, Лей/мкл	0,00 - 25,00	Отриц
Гемоглобин, мг/л	0,0 - 0,3	0,0 (-)
Нитриты		-
Кетоны, мМоль/л	< 1	-
Уробилиноген, мкмоль/л	< 34	0 (Норма)
Билирубин, мкмоль/л	0,0 - 8,5	0 (-)
Микроскопия мочи		
Эритроциты, в п/зр	< 2/*40	<1
Слизь		RARE

Инструментальные исследования

07.05.2019 Электрокардиография (клино+орто+физ.нагрузка) Заключение: Ритм эктопический правопредсердный на фоне умеренной аритмии, ЧСС- 71-94 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочкового проведения по правой ножке п.Гиса. Некоторое снижение процесса реполяризации в миокарде ЛЖ по задней стенке в виде сглаженного з.Т III, сниж.з.Т aVF.

08.05.2019 Эхокардиография Митральный клапан: ФК не изменено. Створки дисфункция хорд. Хорды не изменены. Папиллярные мышцы не изменены. Е = 0,79 м/с. Аорта основание не изменено. Аортальный клапан: трехстворчатый. Створки тонкие ФК = 22,7 мм., Z-фактор = 3,12 Д.синусов Вальсальвы = 23,1 мм., Z-фактор = 0,2 Д.восх. Ао = 22,5 мм., Z-фактор = 1,48 V ВТЛЖ = 1,24 м/с V восх.Ао = 1,27 м/с Регургитация нет. Трикуспидальный клапан: ФК не изменено. Створки не изменены. Хорды не изменены. Регургитация минимальная. Е = 0,70 м/с. Легочная артерия: Створки клапана не изменены. V ЛА = 0,86 м/с. Регургитация минимальная. Д.ствола = 19,2 мм., Z-фактор = -0,44 Кровоток ламинарный. Правое предсердие: не расширено. Левое предсердие: не расширено. М-режим = 27,1 мм., норма по массе тела до 19 - 30 мм., норма по площади поверхности тела = 20.9 - 31.1 мм. Правый желудочек: не изменен. КДД ПЖ = 12,7 мм., Z-фактор = -1,71, норма по массе тела до 7 - 14 мм. Левый желудочек: не изменен. КДД ЛЖ = 43,1 мм., Z-фактор = 0,21, норма по массе тела до 34 - 44 мм., норма по площади поверхности тела 35.5 - 47.9 мм. ФВ (Teicholz) = 69 % КДО = 83,5 мл., индекс КДО = 69,01 мл./м2, КСО = 25,6 мл. Масса миокарда = 64,1 г. Индекс массы миокарда = 52,98 г/м2 Индекс массы миокарда = 23,1 г/м2.7 Глобальная систолическая функция не изменена. Межпредсердная перегородка: интактна. Межжелудочковая перегородка: интактна. Толщина МЖПд = 5,9 мм., Z-фактор = -1,32, норма по массе тела 5 - 8 мм., норма по площади поверхности 4.7 - 8.3 мм. Характер движения нормокинез. Задняя стенка левого желудочка: Толщина ЗСЛЖд = 4,8 мм., Z-фактор = 0,03, норма по массе тела 5 - 8 мм., норма по площади поверхности 4 - 9.2 мм. Характер движения нормокинез. Легочные вены: норма. Полые вены: норма. Выпот в области перикарда: нет. Доп. особенности: Давление в ЛА 18 мм рт. ст. . ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЭХОКГ - признаков пороков сердца не выявлено. Дисфункция митрального клапана. Размеры полостей в норме. Диагональные трабекулы в ЛЖ. Сократимость миокарда в норме. .

08.05.2019 УЗИ брюшной полости и почек Печень: размеры - не увеличены, КВР правой доли - 11,9 см, нижний край - выступает из-под реберной дуги по правой срединно-ключичной линии на 0,5 - 1,0 см, эхогенность паренхимы - обычная, эхоструктура паренхимы - однородная, сосуды - воротная вена не расширена - 0,6 см, протоки - не расширены. Желчный пузырь: форма - цилиндрическая, физиологический перегиб в пришеечной области, размер - пузырь частично опорожнен после приема пищи, просвет - однороден. Поджелудочная железа: осмотрена не натощак, размеры (головка) - 0.8 см., (тело) - 0.8 см., (хвост) - 1.5 см., контур - ровный, эхогенность паренхимы - обычная, эхоструктура - неоднородная. Селезенка: размеры - увеличены: 10,4 х 4,8 см; объем - 176,5 см3; коэффициент селезеночной массы - 4,8 (норма 2,0-4,0), эхогенность паренхимы - не изменена, эхоструктура - однородная, селезеночная вена - не расширена - 0,5 см, доп.информация - В брюшной полости - умеренное количество неизмененных лимфоузлов, максимальными размерами - 1,4 х 0,6 см. Почки: расположены - в типичном месте, подвижность - правой почки - 2,8 % (норма до 1,8%), левой - в пределах нормы, контур - ровный, размеры (правая) - 8.4x5.6x5.6 см. объем 88.6 см3., размеры (левая) - 8.9x5.1x5.1 см. объем 85.5 см3., соотношение объема почек и массы тела - 0.48% норма (0,4-0,6 %), паренхима - обычной эхогенности, дифференцирована, не утолщена, центральный эхокомплекс - справа и слева расщеплен паренхимой, ЦДК - сосудистый рисунок не изменен, лоханки - правая - 0,3 см - смешанного типа левая - 0,4 см - смешанного типа, стенка лоханки - обеих почек утолщена - 0,38 см, слоистая. Мочевой пузырь: небольшое количество мочи. Заключение: Реактивные изменения поджелудочной железы. Спленомегалия. Увеличение мезентериальных лимфоузлов. Утолщение, УЗ-изменения стенок лоханок обеих почек. Повышение подвижности правой почки.

13.05.2019 УЗИ брюшной полости Желчный пузырь: форма - при осмотре строго натощак - каплевидная, физиологический перегиб в пришеечной области, размер - не увеличен, стенка - утолщена до 0,28 см, просвет - осадок. Поджелудочная железа: визуализируется удовлетворительно, размеры (головка) - 1.3 см., (тело) - 0.7 см., (хвост) - 1.9 см., контур - ровный, эхогенность паренхимы - обычная, эхоструктура - неоднородная. Селезенка: в желудке - натощак - умеренное количество содержимого (у ребенка - ринит, влажный кашель). Заключение: Утолщение стенки желчного пузыря. УЗ-признаки дисхолии. Реактивные изменения поджелудочной железы.

29.04.2019 Рентгенография грудной клетки На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции - выражены признаки обструктивного синдрома. В верхнем средостении отмечается снижение пневматизации слабоинтенсивное -(виден лёгочной рисунок), без чётких контуров возможно за счёт инерстициального отёка. Просвет трахеи над бифуркацией смещён вправо. Правый корень структурен, не расширен. Левый корень расширен, структурен. Тень сердца проекционно смещена вправо. Купол диафрагмы чёткий , справа отмечаетс плевро диафрагмальнальная спайка. Купол диафрагмы низко расположен- выражены признаки обструктивного синдрома. Заключение: Признаки обструктивного синдрома, интерстициального оёка в области верхних долей. Расширен левый корень Ре- мма грудной клетки в левой боковой проекции.

29.04.2019 Рентгенография придаточных пазух носа б/контраста На рентгеограмме околоносовых пазух - искривлена носовая перегородка, пазухи - воздушны. . Заключение: Искривлена носовая перегородка. .

30.04.2019 Рентгенография Грудной клетки (левая боковая проекция) На рентгенограмме органов грудной клетки в левой боковой проекции отмечается расширение корня. Снижение пневматизации в верхней доле (возможно за счет качаства снимка? нечеткость, "смазанность" легочного рисунка), наличие плевро-диафрагмальной спайки.

26.04.2019 Спирометрия в сопоставлении с данными от 29.03.2019 отмечается умеренная положительная динамика; в целом, исходно имеются выраженные обструктивные нарушения (ЖЕЛ 92%, ФЖЕЛ 95%, ОФВ1 55%, ПОС 52%, МОС25 28%, МОС50 22%, МОС75 26%). АСТ = 8 баллов (при норме свыше 20 баллов).

26.04.2019 Пульсоксиметрия По данным пульсоксиметрии признаков гипоксемии в покое не выявлено: SpO2=95% при ЧСС 89уд/мин. .

26.04.2019 Проба с бронхолитиком Проба с беродуалом и пульмикортом через небулайзер положительная (ЖЕЛ 89%, ФЖЕЛ 92%, ОФВ1 62% (+12,5%), ПОС 62%, МОС25 30%, МОС50 30%, МОС75 40%).

26.04.2019 Бодиплетизмография в сопоставлении с данными от 03.10.18 отмечается тенденция к некоторому снижению БС (до 132% от должн.); общая емкость легких – в пределах должных значений (112 % от долж.); структура ее резко изменена: ООЛ 160% от долж., ООЛ/ОЕЛ 36% (норма до 25%), ВГО в пределах нормы (122% от должн.). Заключение: значимые обструктивные нарушения без изменения ОЕЛ.

Консультации 26.04.2019 Врач-физиотерапевт Диагноз: J45 – Астма Рекомендации: Назначено восстановительное лечение в виде: Магнитотерапия груд.отдела №10+массаж грудной клетки №10

30.04.2019 Врач-генетик Диагноз: J45.0 - Ребенку с тяжелой, фармокорезистентной астмой, с формированием ателектозов легких необходимо исключить наследственный вклад в развитие заболевания.
Рекомендации: 1. ДНК диагностика- полиэкзомное секвенирование; 2. Консультация генетика с результатами обследования.

07.05.2019 Врач-оториноларинголог Диагноз: J00 - Острый назофарингит (насморк); J30.3 - Другие аллергические риниты Рекомендации: 1. В нос оксиметазолин 0,05% или Виброцил по 2-3 капли х 2-3 р/д, через 10 минут закапать физ. раствор 0,9% по 1 пипетке в кажду половину носа и отсморкать х 3 р/д - 5 дней, затем начать флутиказон (Назарел, Авамис или Синофлурин) по2 дозы в каждую половину носа х 1 р/д - 1 месяц (флутиказон повторять весной и осенью в сырую погоду курсами по 1-2 месяца) 2. Обильное питье 3. Антигистаминна терапия 4. Наблюдение педиатра в динамике

08.05.2019 Врач-офтальмолог Диагноз: Z01.0 - патологии не выявлено Рекомендации:
-осмотр 1 раз в год.

Проведено лечение: Стол: ОВД.Режим: общий.Назначения: Азитромицин* (Азитромицин (капс., 250 мг)) ежедневно per os 500 мг. (днем) с 06.05.2019 по 14.05.2019 Амброксол* (Амбробене (р-р для приема внутрь и д/ингал., 7,5 мг/мл)) ежедневно ингаляции 2 мл. (утром, днем) с 06.05.2019 по 14.05.2019 Будесонид + Формотерол* (Симбикорт Турбухалер (пор. д/ингал. доз., 160 + 4,5 мкг/доза)) ежедневно ингаляции 2 доза. (утром, вечером) с 25.04.2019 по 14.05.2019 Будесонид* (Пульмикорт (сусп. д/ингал. доз., 0,5 мг/мл)) ежедневно ингаляции 1000 мг. (утром, вечером) с 25.04.2019 по 14.05.2019 Гексэтидин* (Максиколд Лор (спрей д/местн. прим., 0,2 %)) ежедневно местно 1 доза. после еды (утром, вечером) с 06.05.2019 по 13.05.2019
Ипратропия бромид* + Фенотерол* (Беродуал (р-р д/ингал., 0,25 мг + 0,5 мг/мл)) ежедневно ингаляции 12 капля. (утром, вечером) с 25.04.2019 по 14.05.2019 Тиотропия бромид* (Спирива Респимат (р-р д/ингал., 2,5 мкг/доза)) ежедневно ингаляции 2 мл. (утром) с 25.04.2019 по 14.05.2019.

Динамика заболевания: положительная: температура нормализовалась, кашель значительно уредился, стал более продуктивным, эпизодов одышки не отмечалось, значительно уменьшилось количество хрипов в легких. По органам - без динамики.

Рекомендации:
1. Наблюдение аллерголога-пульмонолога, ЛОР, генетика, педиатра.
2. **Базисная терапия: формотерол/будесонид (Симбикорт) 4,5/160мкг по 2 дозы х 2 раза в день (или формотерол/будесонид (Форадил комби) 12/400 мкг х 2р/д)+тиотропия бромид (Спирива респимат) 5 мг под контролем ПСВ - с ежеквартальной коррекцией у пульмонолога**. Препараты назначены по жизненным показаниям и замене не подлежат!
3. ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки №10 - 4 курса в год!
4. При приступах навязчивого кашля – salbutamoli - ДАИ (вентолин, сальбутамол) или phenoteroli hydrobromidi/ipratropii bromidi -ДАИ (беродуал) - по 1-2 ингаляционных дозы до 4-5 раз в сутки ;

5. На период обострений в терапию дополнительно через небулайзер phenoteroli hydrobromidi 500 mcg +ipratropii bromidi 250 mcg/1мл (беродуал раствор для ингаляций) – 12-14 капель+ физ. раствор 2 мл - до 3-4 раз в сутки +budesonide (пульмикорт, буденит – суспензия для ингаляций) 500 мкг – 2 раза в день, антигистаминные препараты в возрастной дозировке
6. Строгий элиминационный режим
7. Назначения специалистов

Результат достигнут.

В контакте с инфекционными больными не состояла.

Лечащий врач Дьякова С. Э.

Зав.отделением, кандидат медицинских наук Соколова Л.В.

ДЛЯ СПРАВОК
ОГРН 1027739554420