



420138 г. Казань ул. Оренбургский тракт 140

тел.: (843) 237-30-50, факс: (843) 237-30-18

e-mail: Priemnaya.Glyrach@tatar.ru

тел. ординаторской: 237-30-40

тел. поликл.: 237-30-39, тел.

подрост.центра:237-30-32

Пульмонологическое отделение

ВЫПИСКА

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №5110739

Николаев Д.И., 23.09.2016, находился на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с 01.09.20 по 10.09.20.

Диагноз клинический:

Рецидивирующий обструктивный бронхит, период неполной ремиссия. ДН 0 степени.

Реконвалесцент АБЛА. Облитерирующий бронхиолит, односторонний, очаговый вариант?

Функциональный запор.

«Ложные» хорды левого желудочка. Открытое овальное окно (1.9мм).

Врожденное нервно-мышечное заболевание неуточненное. ЗПМР. Поражение зрительных проводящих путей. Косоглазие расходящееся непостоянное. Эквинуно-вальгусная установка стол. Вальгусная деформация нижних конечностей. Левосторонний грудопоясничный сколиоз.

Нарушение самостоятельной вертикализации.

Миопатия? Лейкодистрофия?

- Поступил с жалобами: активно мама ребенка не предъявляет. Поступает планово на обследование и определение дальнейшей тактики ведения.
- Анамнез заболевания: в раннем неонатальном периоде гипорефлексия, гиперстезия, мышечная гипотония. Проведено стационарное лечение в ОПН по м/ж, выписан с диагнозом: Неонатальная желтуха. Церебральная ишемия 1 степени. ВЖК 1 степени, нарушение мышечного тонуса. ОOO. ДХЛЖ. АМС: двусторонняя пиелоэктазия. В дальнейшем отмечалась выраженная мышечная гипотония, гипорефлексия. В 4 месяца стационарное лечение с диагнозом: ГЭРБ 1 степени. Миотонический, псевдобульбарный синдром. В возрасте 1 года проведено обследование в НИКИ Педиатрии имени акад. Ю.Е. Вельтищева (23.10.17-03.11.17). Неоднократно проводились курсы реабилитационной терапии с незначительным эффектом. Осмотрен генетиком, исключена СМА. Проведено генетическое исследование: секвенирование на панели "Нервно-мышечные заболевания". Патогенных мутаций, ассоциированных с наследственными нервно-мышечными заболеваниями, а также с другими наследственными заболеваниями со сходными фенотипическими проявлениями не выявлено. С 13.08.18 по 24.08.18 находился в отделении раннего возраста в ФГБОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова". Выписан с диагнозом: Врожденное нервно-мышечное заболевание неуточненное. ЗПМР. Известно, что первый эпизод пневмонии возник в октябре 2018 года. Со слов мамы, на плановом осмотре педиатра, учитывая отсутствие прививок и РМ, был направлен на РГ ОГК. Выявлена "инфильтрация", поставлен диагноз "пневмония". Назначена амбулаторная АБТ. На повторном снимке от 06.11.18 выявлена положительная динамика, ребенок выписан. Февраль 2019 года - второй эпизод пневмонии. 27.03.19 проведена консультация пульмонолога (Морозовская ДГКБ), выставлен диагноз: Реконвалесцент затяжной двусторонней полисегментарной пневмонии С1,2,6 правого легкого, С6 левого легкого. Рецидивирующий бронхит (аспирационный). 10.04.19 проведена консультация аллерголога,

выставлен диагноз: Рецидивирующий трахеобронхит. Двусторонний пневмофирбоз.

Аспергиллез легких? 19.08.19 проведена консультация аллерголога-иммунолога НМИЦДГОИ имени Дмитрия Рогачева, дано заключение: "настоящее время на основании проведенного исследования (иммунофенотипирование лимфоцитов, сывороточные иммуноглобулины крови) убедительных данных за течение ПИДС нет. Ребенку показана консультация пульмонолога, решение вопроса о проведении БАЛ и продолжении противогрибковой терапии". Мама отмечала обострение респираторного синдрома летом 2019 года, была О2-зависимость. На фоне терапии Орунгалом, потом Вифендом, О2-зависимость купирована. Болеть стал реже.

РКТ ОГК + СЕ (19.09.19) - перибронхиальные участки уплотнения в верхних отделах правого легкого, с распространением на корень - с тенденцией к формированию пневмофиброза в динамике от 18.03.19 уменьшение количества и размеров участков уплотнения в обоих легких, больше слева, улучшение пневматизации обоих легких. Единичные лимфатические узлы в корне правого легкого пограничных размеров. РКТ ОГК + СЕ (11.03.20) - по данным РКТ признаки выраженной неравномерной вентиляции легочной ткани: диффузное снижение пневматизации, с визуализацией множественных мелких очагов центрилобулярной и парасептальной эмфиземы. Множественные мелкие центрилобулярные очажки в проекции верхней доли и С6 правого легкого, сливающиеся в фокусы в проекции С2, диффузное усиление бронхососудистого рисунка, с выраженным перибронхиальными и периваскулярными уплотнениями, утолщением междольковых перегородок. Вышеописанные изменения преимущественно визуализируются в проекции верхней доли справа. Увеличение отдельных групп ЛУ преимущественно справа. КТ признаки субсегментарного ателектаза верхушки правого легкого.

■ Анамнез жизни: ребенок болен с рождения. Беременность вторая на фоне угрозы прерывания в 1 половине беременности, ретрохореальная гематома с 5 недель, субхореальная гематома с 12 недель. Предлежание плаценты с 21 недели. ОРВИ. Носительство TORCH. Роды II на сроке 37/38 недель, путем кесарева сечения, мышечная гипотония, гипорефлексия с рождения.

■ Состояние при поступлении в пульмонологическое отделение: тяжелое, за счет совокупности грубой неврологической патологии, респираторного синдрома, ГЭРБ. В сознании. На осмотр реагирует беспокойством, О2-независим, SpO2 = 98%. Телосложение: неправильное. Питание: пониженное. Кожные покровы: чистые, бледные. Цианоз: нет. Зев: не гиперемирован. Носовое дыхание: свободное. Лимфоузлы: не увеличены. Суставы: контрактуры суставов. Грудная клетка: нормостеническая. Втяжений уступчивых мест нет. Голосовое дрожание: симметричное. Одышка: в покое не выражена. Тип дыхания: смешанный. Легкие: перкуторно звук легочный. Дыхание проводится: с обеих сторон. Хрипы: не выслушиваются. Сердце: границы в норме. Тоны: ясные, ритмичные. Живот: мягкий, при пальпации безболезненный. Печень: не увеличена. Селезенка: не пальпируется. Мочеиспускание: не нарушено. Стул: без особенностей.

Температура = 36.6°C. ЧСС = 122/мин. ЧД = 24/мин.

Рост = 100см. Вес = 12.7кг.

Проведенные исследования:

• ОАК

дата	Le ($\times 10^9$ /л)	Er ($\times 10^{12}$ /л)	Нв (г/л)	Tr ($\times 10^9$ /л)	Нейтр. (%)	Мон. (%)	Лимф. (%)	Эоз. (%)	Баз. (%)	СОЭ (мм/ч)
02.09	4.08	4.6	122	245	41.2	8.1	45.8	3.4	1.5	16

• Общий анализ мочи

	Плотность	pH	Лейк.	Белок	Глюк.	Кет.тела	Эритроц.
02.09	1.020	6	Отр	Отр	Отр	Отр	10/uL

• КОС:

Дата	pH	pCO2 мм.рт.ст.	pO2 мм.рт.ст.	Натрий ммоль/л	Калий ммоль/л	ВЕ-еcf ммоль/л	ВЕ-в ммоль/л
02.09	7.374	29.6	64.7	138.8	2.91	-7.3	38.7

• Б/х крови:

Показатель	Глюкоза ммоль/ л	Холестерин ммоль/л	Билирубин. общий/прямой мкмоль/л	АЛТ/АСТ Ед/л	ЩФ Ед/л	О. белок г/л	Креатинин мкмоль/л	Мочевина ммоль/л	Ост. азот ммоль/л	СРБ мг/дл
02.09	4.49	-	3.9/1.7	11/26	-	68.4	30	3.4	-	0.02

- Лактат до еды/через 40 минут после еды от 09.09 – 1.4/3.84 ммоль/л.
 - Общий IgE от 02.09 – 18.2 МЕ/мл.
 - Иммунограмма от 02.09 – IgA 0.87 г/л, IgG 9.59 г/л, IgM 1.0 г/л, С3 102.0 мг/дл, С4 18.0 мг/дл.
 - Коагулограмма от 02.09 – фибриноген 2.3 г/л, ПТИ 99.0 %, МНО1.0, АЧТВ 34.9сек, 23.0ТВ сек.
 - ЭКГ от 02.09 – синусовый ритм. ЧСС 112/мин. Отклонение ЭОС вправо.
 - ЭХО-КГ от 04.09 – «ложные» хорды левого желудочка. Открытое овальное окно (1.9мм). Гемодинамические показатели и размеры полостей сердца соответствуют возрасту. Клапанные пороки не выявлены.
 - РГ ОГК от 01.09 – инфильтративных изменений не выявлено.
 - Видеофлюороскопия акта глотания от 04.09 – при проведении исследования, заброса контрастного вещества в дыхательные пути не определяется.
 - Консультация офтальмолога от 10.09 – ДЗН розовый, границы ДЗН четкие, отека нет, кровоизлияния перикапиллярно нет. Артерии среднего калибра. Вены среднего калибра. Сетчатка розовая. Кровоизлияния нет.
 - ФБС от 07.09 – эндоскопическая картина в пределах нормы. Забор материала на посев/промывные воды из сегментарных бронхов.
 - ФЭГДС от 07.09 – эндоскопическая картина в пределах нормы.
 - Бакпосев БАЛ на флору (бактерии + грибы) от 10.09 – патогенной микрофлоры не выделено.
 - Бакпосев с задней стенки глотки на флору (бактерии + грибы) от 07.09 – патогенной микрофлоры не выделено.
 - УЗИ ГЛС от 02.09 - печень мелкозернистой структуры, гомогенная, эхогенность паренхимы норма, с единичными периваскулярными уплотнениями по ходу печеночных вен. Правая доля 83мм (не увеличена). Левая доля 43мм (не увеличена). Диаметр порталной вены N, левой печеночной вены N, медиальной печеночной вены N, правой печеночной вены N. Желчный пузырь 56*18мм, овальной формы. Стенки эхогенность нормальная, не утолщены. Содержимое анхогенное, холедох норма. Поджелудочная железа не увеличена, без особенностей. Головка 9мм, тело 7мм, хвост прикрыт кишечником. Эхогенность изоэхогенная. Контуры четкие, ровные. Подвижность сохранена. Селезенка 65*32мм, не увеличена. Структура однородная. Контуры четкие ровные. Визуализация затруднена из-за выраженного метеоризма.
 - Консультация невролога от 08.09 – «на основании клинических данных нельзя исключить лейкодистрофию, миопатию». Рекомендации даны.
 - РКТ ОГК + СЕ от 10.09 - на серии РК-томограмм, в сравнении с предыдущим исследованием от 11.03.2020, РК-динамика не выражена: в верхней доле правого легкого сохраняется визуализация фиброзных изменений: в S2 правого легкого линейный тяж консолидации, в S3 правого легкого неправильной формы субплевральные зоны консолидации. Кроме того, в верхней и нижней долях правого легкого сохраняется визуализация множественных мелких центрилобулярных очагов, некоторые без четких границ, связанные с линейными структурами бронхиол по типу «дерева в почках», более выраженные изменения в верхней доле. В левом легком достоверные изменения не выявлены. Бронхосудистый рисунок с небольшой деформацией. Структуры средостения дифференцированы. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, не сужен. Внутригрудные лимфоузлы: паракавальные до 10/8мм, подбифуркационные до 6/7мм, бронхопульмональные справа до 6/10мм. Вилочковая железа в размерах не увеличена, структура однородная. Выпот в плевральных полостях не определяется. Очаговые изменения в костях на уровне исследования не выявлены.
- Заключение: по данным РКТ, в сравнении с предыдущим исследованием от 11.03.2020, сохраняются фиброзные изменения в верхней доле правого легкого. Сохраняются множественные мелкие центрилобулярные очаги в верхней и нижней долях правого легкого (бронхиолит?).

• Программа от 03.09 – лейкоциты ед., эритроциты ед.

• Получал лечение:

1. Режим палатный.
2. Стол грудной протертый.
3. Ингаляции с Пульмикортом.

• **Состояние при выписке:** тяжелое, за счет грубой неврологической патологии, со значительным улучшением респираторного синдрома. В сознании. Улыбчивый. О2-независим. Динамика состояния положительная. Положение: вынужденное. Температура: 36.6 °C. Ps: в мин. 100 удар/мин. ЧД: в мин. 24. Самочувствование: хорошее, не нарушено. Кожные покровы: чистые. Видимые слизистые: чистые. Зев: не гиперемирован. Язык: влажный. Отеков нет. Дыхание: проводится равномерно. Хрипы: не выслушиваются. Тоны сердца: ясные, ритмичные. Живот: В объеме не увеличен, при пальпации безболезненный. Печень: не увеличена. Селезенка: не пальпируется. Мочеиспускание: не нарушено. Стул: склонность к запорам, мама периодически стимулирует.

Температура = 36.6°C. ЧСС = 100/мин. ЧД = 24/мин.

SpO2 = 98%.

Выписывается домой с улучшением течения респираторного синдрома.

Рекомендации:

1. Диспансерное наблюдение педиатра, невролога, пульмонолога, ортопеда, кардиолога, генетика, гастроэнтеролога.
2. Избегать переохлаждений, контактов с больными ОРВИ.
3. Прогулки на свежем воздухе.
4. Элементы кинезитерапии.
5. Курсы тонизирующего массажа грудной клетки.
6. Будесонид суспензия 250мкг + физ.раствор 1.5мл * 2р/день (3 месяца). Самостоятельно препарат не отменять.
7. При обострении респираторного синдрома, нарастании дыхательной недостаточности (SpO2 < 92%) – инсуфляция увлажненного кислорода через носовые канюли, V = 1-2л/мин. Вызов участкового педиатра или СМП). По возможности, госпитализация в стационар по месту жительства. При необходимости – перевод в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ».

В контакте с инфекциями не был.

Лечащий доктор:

Зиннатуллин И.Р./



Зав. отделением: Карпова О.А./