



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
119991 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1, тел. (495) 967-14-20; www.nczd.ru

Выписной Эпикриз

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 4218/22
АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА № 22645/21А

ФИО	Татаркин Алексей Алексеевич
Возраст	6 лет 4 мес Дата рождения 03.11.2015
Адрес	
Находился в отделении	Гастроэнтерологическое отделение с гепатологической группой тел. (499) 134-15-82
Период пребывания	с 30.03.2022 по 09.04.2022
Клинический диагноз: Основной	K51.8 Другие язвенные колиты
Клинический диагноз: Основной	Язвенный колит, клинико-лабораторная, эндоскопическая ремиссия (PUCAI <10 баллов).
Сопутствующий	Хронический антральный гастрит, Нр-не ассоциированный. Хронические запоры. Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии. Синдром раздраженного кишечника. Наследственная тубулопатия. Гиперкальциемия. Нефрокальциноз 1 степени. Хроническая болезнь почек 1 стадии.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

боли в животе после приема пищи

в анамнезе: учащенный жидкий стул с примесью крови и слизи

АНАМНЕЗ

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с ВСД, угроза невынашивания, ПМК 1 ст., хр. пиелонефрит, анемия легкая степень тяжести. Роды 1, срочные, преждевременные, на сроке 35-36 неделе. Масса тела при рождении 2600мл, длина тела 45 см. Оценка по шкале APGAR 7/8 баллов. С первого года жизни страдает запорами, скрипит зубами с 2 лет, недержание мочи с 3 лет, гиперактивность с раннего возраста.

Аллергия, со слов, на йодсодержащие препараты, витамин С.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта с раннего возраста. Неоднократно проходили обследование и лечение по месту жительства, в том числе стационарное. Мама вынужденно прибегает к использованию очистительных клизм ввиду длительного отсутствия самостоятельного стула. В феврале 2021 года наблюдался в КДЦ по мж. При обследовании в ОАК выраженных изменений не было, кал на скрытую кровь отр. Антитела к деамидированным пептидам глиадина отрицательно. ANCA, ASCA отр. Отмечалось снижение уровня ферритина до 10-15мкг/л. В ноябре-декабре 2021г. отмечалось незначительное повышение уровня трансаминаз (АСТ 59-53едл, АЛТ 73-61едл.). Исследование кала на клостридии, криптоспоридии, амебиаз - отр.

В июне 2021 года выявлены повышенные манныевые антитела: июнь 2021г. 15 ЕОП/мл, октябрь 2021г. 10.8 ЕОП/мл, при этом манныевый антиген отрицательный!

В связи с жалобами со стороны ЖКТ и повышения фекального кальпротектина до 119 мг/г (апрель), был назначен саломальк в дозе 750 мг в сутки. На фоне чего жалобы, со слов мамы, уменьшились, уровень фекального кальпротектина снизился до 48 мг/г (май). Однако в мае 2021 г. перенес острую кампилобактерную инфекцию (вновь отмечалось разжижение стула со слизью и кровью, повышение температуры тела), по поводу чего ребенок получал метронидазол с положительным эффектом, посл чего следовал неоднократный контроль на кампилобактерии (результат отриц., на этот момент произошло повышение уровня фекального кальпротектина до 173 мг/г. После чего был возобновлен прием саломалька до августа 2021 г., уровень кальпротектина 80-90 мг/г. В августе-сентябре 2021 г. несмотря на проводимую терапию стал разжижаться стул, появилась примесь крови и слизи, ребенок стал жаловаться на боли в животе, мама стала снижать дозу саломалька самостоятельно на 250 мг, так как связывала с приемом эпизоды сильной боли в животе, периодически повышала дозу до 750 мг. В октябре 2021 г. уровень кальпротектина 208 мг/г. Проведена ЭГДС: признаки поверхностного гастродуоденита с дуоденогастральным рефлюксом. При гистологическом исследовании со стороны верхних отделов ЖКТ: хр. слабо выраженный еонит без активности и без нарушения микрорельефа. Поверхностный фрагмент слизистой оболочки антрального отдела желудка с хр. слабо выраженным воспалением без активности. *H. Pylori* не выявлен. Выявлена гиполактазия средней тяжести (активность 2-10 и/д белка). Проведена колоноскопия в прямой и нижней трети сигмовидной кишки до 22 см от ануса повсем стенкам имеются линейные не глубокие язвы до 0.5-1 см длиной с налетом фибрина и единичные плоские эрозии 0.2-0.3 см в диаметре с налетом фибрина. Выставлен диагноз язвенный колит с преимущественным поражением прямой и сигмовидной кишки. При гистологическом исследовании специфических признаков язвенного колита не обнаружено. Заключение морф. исследования: хр. слабо выраженный илеит без активности, с наличием гиперплазированного лимфоидного фолликула в собственной пластинке слизистой. Хр. слабо выраженный колит минимальной активности, с поверхностной микроэрозией. Хр. слабо выраженный колит слабой активности, с хр. глубокой эрозией в стадии обострения. с фибрином на поверхности, с очаговыми субэпителиальными кровоизлияниями, с отеком в собственной пластинке слизистой (на момент проведения колоноскопии прием салицилатов в течение 6 мес). Была назначена местная терапия салицилатами - свечи саломальк 2 раза в сутки. Боли в животе беспокоят каждый день.

Дополнительно было проведено генетическое исследование на наследственные нарушения обмена веществ - патологии не обнаружено. Исследование на болезнь Фабри - результат отриц. В октябре 2021 г. проведено КТ ОГК - без патологии, оданко была обнаружена жидкость в перикарде, ребенок накануне перенес ОРЗ с фебрильной температурой, ситуация была расценена как постинфекционный экссудативный перикардит. В динамике от 19.10.21 сепарация листков перикарда вдоль ЗСЛЖ 2-3 мм, в обл. верхушки 3-5 мм, объем жидкости до 30. В динамике от 9.11 сепарация листков перикарда вдоль ЗСЛЖ до 3 мм, в обл. верхушки 4 мм, объем жидкости до 20 мл. В целом общее состояние ребенка не улучшалось, отмечалось некое улучшение в июне-июле 2021 г, в тот момент ребенок набрал 1 кг 800 г. Постоянно беспокоили боли в животе, тошнота, слабость, нарушение стула (запоры или разжижение стула с эпизодами примеси слизи). Регулярно получал блокаторы протонной помпы, нормализаторы моторики, спазмолитики с временным непродолжительным эффектом.

Уровень кальпротектина, ANA, AMA-A2, SLA/LP, анти-LKM, церулоплазмин, АФП, альфа 1 АТ в пределах нормы.

Направлен в отделение гастроэнтерологии РДКБ г. Москва. При поступлении состояние средней степени тяжести. Рост 114 см. Вес 17 кг. Кожа бледная, чистая. ПЖК развита достаточно, распределена равномерно. Отеков нет. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, без примесей.

Лабораторно гемоглобин не снижен 133 г/л., тромбоциты 299 тыс., лейкоциты 6.12 тыс., СОЭ 3 мм/час. В бх-крови о.белок 65 (норм), альбумин 43 г/л., креатинин 30.5 мкмоль/л., холестерин общий 3.01 ммоль/л., железо 14.4 мкмоль/л., АЛТ ед/л., АСТ 51 ед/л., КФК 81 МЕ/л., ЛДГ 223 МЕ/л., ЩФ 222 МЕ/л., ГГТ 9 ед/л., СРБ 0.18 нг/мл. IgA 0.61 г/л., IgG 7.76 г/л., IgM 0.87 г/л. В коагулограмме без признаков коагулопатий. Аммиак крови 60 мкмоль/л. В общем анализе мочи без патологии. Отмечается большое количество оксалатов. В копрограмме без патологии. Уровень фекального кальпротектина 79.64 мкг/г. Проведена ЭКГ с ортопробой: выражена синусовая аритмия 74-102 мин. По УЗИ ОБП: мезентериальные лимфатических узлов - умеренное количество до 14*5 мм, однородные. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена. Петли тонкой кишки не растянуты, перистальтика достаточно активная. Толстая кишка - в нисходящем отделе стенке неравномерно утолщена до 3-4 мм, отмечается повышенное газонаполнение толстой кишки. УЗИ почек: реактивные изменения мезентериальных лимфатических узлов, дизметаболическая нефропатия.

Фиброректороманоскопия с биопсией слизистой оболочки: эндоскоп проведен до проксимального отдела сигмовидной кишки. Слизистая оболочка на всем протяжении розовая, гладкая. Сосудистый рисунок четкий. Просвет кишки не деформирован. Заключение: на момент осмотра патологии не выявлено.

Ирригография не выполнена по техническим причинам.

Биопсия (пересмотр стекол по месту жительства): фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с признаками поверхностных эрозий, отека собственной пластинки с множественными кровоизлияниями. Заключение: признаки хр. активного язвенного колита.

Заключение отделения: учитывая жалобы при поступлении на запоры до 4 дней. При поступлении лабораторно воспалительной и иммунологической активности не выявлено, признаков хр. воспалительного процесса не выявлено. Инструментально-воспалительные изменения толстой кишки отсутствуют. Таким образом, на основании данных анамнеза, проведенного обследования и динамики заболевания, в настоящее время диагноз язвенный колит подтвердить или опровергнуть не представляется возможным. Однако, принимая во внимание обследование на фоне непродолжительной отмены (с ноября 2021 г) противовоспалительной терапии, необходимо продолжить отмену противовоспалительной терапии 5-АСК с последующим динамическим наблюдением: контроль фекального кальпротектина, эндоскопический контроль через 6 мес.

Рекомендована терапия антацидами, прокинетики, УДХК, метронидазол.

Направлен на госпитализацию в НМИЦ здоровья детей в гастроэнтерологическое отделение с гепатологической группой для обследования и лечения.

Лечение до поступления: свечи салофальк 250 мг/сут.

Настоящая госпитализация первичная, плановая с целью обследования и лечения.

Лечение до поступления: салофальк суппозитории 250 мг в сутки.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,6-36,4°C. Положение активное. Вес 17,5 кг. Рост стоя 116 см. ППТ 0,75 кв.м. SDS веса -1,52. SDS Роста -0,22. BMI 13,38. BMI SDS -1,97. Физическое развитие дисгармоничное за счет дефицита массы тела. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи, периорбитальные тени. Слизистые оболочки чистые, блестящие. Зев розовый, миндалины не увеличены, розовые, чистые. Лимфатическая система периферические лимфатические узлы не увеличены. Костная система: видимых деформаций нет. ЧДД 23 в мин. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ритмичные. Appetit сохранен. Живот правильной формы, доступен пальпации во всех отделах, мягкий, отмечается умеренная болезненность в левом фланге. Печень по краю реберной дуги, край эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам, оформленный, без примесей. Мочеполовая система:

Лабораторно гемоглобин не снижен 133 г/л., тромбоциты 299 тыс., лейкоциты 6.12 тыс., СОЭ 3 мм/час. В бх-крови о.белок 65 (норм), альбумин 43 г/л., креатинин 30.5 мкмоль/л., холестерин общий 3.01 ммоль/л., железо 14.4 мкмоль/л., АЛТ ед/л., АСТ 51 ед/л., КФК 81 МЕ/л., ЛДГ 223 МЕ/л., ЩФ 222 МЕ/л., ГГТ 9 ед/л., СРБ 0.18 нг/мл. IgA 0.61 г/л., IgG 7.76 г/л., IgM 0.87 г/л. В коагулограмме без признаков коагулопатий. Аммиак крови 60 мкмоль/л. В общем анализе мочи без патологии. Отмечается большое количество оксалатов. В копрограмме без патологии. Уровень фекального кальпротектина 79.64 мкг/г. Проведена ЭКГ с ортопробой: выражена синусовая аритмия 74-102 мин. По УЗИ ОБП: мезентериальные лимфатических узлов - умеренное количество до 14*5 мм, однородные. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена. Петли тонкой кишки не растянуты, перистальтика достаточно активная. Толстая кишка - в нисходящем отделе стенке неравномерно утолщена до 3-4 мм, отмечается повышенное газонаполнение толстой кишки. УЗИ почек: реактивные изменения мезентериальных лимфатических узлов, дизметаболическая нефропатия.

Фиброректороманоскопия с биопсией слизистой оболочки: эндоскоп проведен до проксимального отдела сигмовидной кишки. Слизистая оболочка на всем протяжении розовая, гладкая. Сосудистый рисунок четкий. Просвет кишки не деформирован. Заключение: на момент осмотра патологии не выявлено.

Ирригография не выполнена по техническим причинам.

Биопсия (пересмотр стекол по месту жительства): фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с признаками поверхностных эрозий, отека собственной пластинки с множественными кровоизлияниями. Заключение: признаки хр. активного язвенного колита.

Заключение отделения: учитывая жалобы при поступлении на запоры до 4 дней. При поступлении лабораторно воспалительной и иммунологической активности не выявлено, признаков хр. воспалительного процесса не выявлено. Инструментально-воспалительные изменения толстой кишки отсутствуют. Таким образом, на основании данных анамнеза, проведенного обследования и динамики заболевания, в настоящее время диагноз язвенный колит подтвердить или опровергнуть не представляется возможным. Однако, принимая во внимание обследование на фоне непродолжительной отмены (с ноября 2021 г) противовоспалительной терапии, необходимо продолжить отмену противовоспалительной терапии 5-АСК с последующим динамическим наблюдением: контроль фекального кальпротектина, эндоскопический контроль через 6 мес.

Рекомендована терапия антацидами, прокинетики, УДХК, метронидазол.

Направлен на госпитализацию в НМИЦ здоровья детей в гастроэнтерологическое отделение с гепатологической группой для обследования и лечения.

Лечение до поступления: свечи салофальк 250 мг/сут.

Настоящая госпитализация первичная, плановая с целью обследования и лечения.

Лечение до поступления: салофальк суппозитории 250 мг в сутки.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,6-36,4°C. Положение активное. Вес 17,5 кг. Рост стоя 116 см. ППТ 0,75 кв.м. SDS веса -1,52. SDS Роста -0,22. BMI 13,38. BMI SDS -1,97. Физическое развитие дисгармоничное за счет дефицита массы тела. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи, периорбитальные тени. Слизистые оболочки чистые, блестящие. Зев розовый, миндалины не увеличены, розовые, чистые. Лимфатическая система периферические лимфатические узлы не увеличены. Костная система: видимых деформаций нет. ЧДД 23 в мин. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ритмичные. Appetit сохранен. Живот правильной формы, доступен пальпации во всех отделах, мягкий, отмечается умеренная болезненность в левом фланге. Печень по краю реберной дуги, край эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам, оформленный, без примесей. Мочеполовая система:

5. Микробиологическое исследование (кровь, моча, флора) 31.03.2022

ВИД АНАЛИЗА: Посев на флору; ИСТОЧНИК БИОМАТЕРИАЛА: моча; Микроорганизм: Смешанная кишечная и кокковая флора. Количество: Менее 10 000 КОЕ/мл;

6. Эзофагогастродуоденоскопия 01.04.2022

ПИЩЕВОД: Просвет сохранён, не сужен, равномерно расправляется при инсуффляции; Содержимое пристеночно умеренное количество пенистой слизи; Слизистая оболочка на всем протяжении бледно-розовая, гладкая; Z-линия четкая, на уровне пищевого отверстия диафрагмы, соответствует пищеводно-желудочному соединению; Сосудистый рисунок отчетливо прослеживается на всем протяжении, в области кардиоэзофагеального перехода имеет радиальную направленность; Кардия смыкается полностью; при инверсионном осмотре введенный эндоскоп охватывает достаточно плотно; Перистальтика симметричная, активная; ЖЕЛУДОК: Просвет сохранён, нормального размера, при инсуффляции хорошо расправляется; В желудке умеренное количество полупрозрачной пенистой слизи; Складки средней величины, эластичные, свободно расправляются при инсуффляции; Слизистая оболочка в теле и своде желудка розовая, гладкая; в антральном отделе очагово гиперемирована, умеренно отечна; Перистальтика ослаблена (исследование под наркозом); Привратник округлой формы, эластичный, смыкается полностью, свободно проходим; ДВЕРСТНАЯ КИШКА: Луковица средних размеров, не деформирована; Содержимое небольшое количество светлой желчи; Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки розовая, бархатистая; Постбульбарные отделы просвет сохранен; слизистая оболочка розовая, с удовлетворительно выраженным ворсинчатым слоем; складки средней величины; Фатеров сосок расположен в типичном месте, холмовидной формы, продольная складка выражена удовлетворительно, устье ворсинчатое; ТОЩАЯ КИШКА: слизистая оболочка начального отдела тощей кишки розовая, ворсинчатый слой прослеживается; складки средней величины; БИОПСИЯ: 1 фр. из начального отдела тощей кишки - тест на лактазную недостаточность (Lactose Intolerance quick test): результат - отрицательный. 2 фр - из начального отдела тощей кишки на морфологию; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Антральный умеренно выраженный гастрит.; Премедикация обезболивание общее; Эндоскоп Olympus GIF-H180; Диагноз K50.8;

7. Колоноскопия 01.04.2022

Премедикация Масочный наркоз; ПОДВЗДОШНАЯ КИШКА: просвет осмотрено около 10 см кишки проксимальнее Баугиниевой заслонки; просвет сохранен, равномерный; содержимое помарки размытого кишечного содержимого пристеночно; слизистая оболочка на осмотренном участке розовая, с четким ворсинчатым слоем, с умеренно выраженной лимфофолликулярной гиперплазией в терминальном отделе; сосудистый рисунок прослеживается отчетливо; складки средней высоты, эластичны, хорошо расправляются при инсуффляции, гаустрация сохранена; БАУГИНЕВА ЗАСЛОНКА: расположена в типичном месте, губовидной формы, неплотно сомкнута, свободно проходима для эндоскопа, слизистая оболочка ее не изменена; СЛЕПАЯ КИШКА: просвет при инсуффляции расправляется, равномерный; содержимое помарки размытого кишечного содержимого пристеночно; слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая; сосудистый рисунок отчетливо прослеживается на всем протяжении; складки средней высоты, эластичны, хорошо расправляются при инсуффляции, гаустрация сохранена; тонус кишки умеренно снижен (исследование под наркозом); ВОСХОДЯЩАЯ КИШКА: просвет при инсуффляции расправляется, равномерный; содержимое помарки размытого кишечного содержимого пристеночно; слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая; сосудистый рисунок отчетливо прослеживается на всем протяжении; складки средней высоты, эластичны, хорошо расправляются при инсуффляции, гаустрация сохранена; тонус кишки умеренно снижен (исследование под наркозом); ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНАЯ КИШКА: просвет при инсуффляции расправляется, равномерный; содержимое помарки размытого кишечного содержимого пристеночно; слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая; сосудистый рисунок

отчётливо прослеживается на всём протяжении; складки средней высоты, эластичны, хорошо расправляются при инсуффляции, гаустрация сохранена; тонус кишки умеренно снижен (исследование под наркозом); НИСХОДЯЩАЯ КИШКА: просвет при инсуффляции расправляется, равномерный; содержимое помарки размытого кишечного содержимого пристеночно; слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая; сосудистый рисунок отчётливо прослеживается на всём протяжении; складки средней высоты, эластичны, хорошо расправляются при инсуффляции, гаустрация сохранена; тонус кишки умеренно снижен (исследование под наркозом); СИГМОВИДНАЯ КИШКА: просвет при инсуффляции расправляется, равномерный; содержимое помарки размытого кишечного содержимого пристеночно; слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая; сосудистый рисунок отчётливо прослеживается на всём протяжении; складки средней высоты, эластичны, хорошо расправляются при инсуффляции, гаустрация сохранена; тонус кишки умеренно снижен (исследование под наркозом); ПРЯМАЯ КИШКА: просвет при инсуффляции расправляется, равномерный; содержимое помарки размытого кишечного содержимого пристеночно; слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая; сосудистый рисунок отчётливо прослеживается на всём протяжении; складки средней высоты, эластичны, хорошо расправляются при инсуффляции; тонус кишки умеренно снижен (исследование под наркозом); маргинальные столбы без особенностей; наружный анал.сфинктер анус сомкнут, тонус анального сфинктера удовлетворительный; ОПИСАНИЕ: Биопсия:

1 фр - подвздошная кишка

2 фр - слепая кишка

3 фр - восходящая ободочная кишка

4 фр - поперечная ободочная кишка

5 фр - нисходящая ободочная кишка

6 фр - сигмовидная кишка

7 фр - прямая кишка; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Органической патологии не выявлено; Эндоскоп Olympus PCF-Q180AI;

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ

	Ед/изм	Долж.зн.	31.03.22	04.04.22	05.04.22	06.04.22	08.04
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ							
HGB	г/л	120 - 145	127		118		
RBC	10 ¹² /л	4 - 5,2	4,48		4,18		
HCT	%	35 - 45	37		34,9		
MCV	фл	77 - 94	82,6		83,5		
MCH	пг	25 - 33	28,3		28,2		
MCHC	г/л	320 - 353	343		338		
RDW-CV	%	12 - 15	12		12,1		
WBC	10 ⁹ /л	5,8 - 13,6	4,99		5,01		
Лимфоциты %	%	31 - 53	40,5		35,9		
Моноциты %	%	4 - 8	13		10,6		
Нейтрофилы %	%	43 - 65	42,9		50,7		
Эозинофилы %	%	1 - 5	2,6		2,2		
Базофилы %	%	0 - 0,5	1		0,6		
Лимфоциты	10 ⁹ /л	1,5 - 6,8	2,02		1,8		
Моноциты	10 ⁹ /л	0,38 - 1,26	0,65		0,53		
Нейтрофилы	10 ⁹ /л	1,1 - 9,9	2,14		2,54		
Эозинофилы	10 ⁹ /л	0,1 - 0,6	0,13		0,11		
Базофилы	10 ⁹ /л	0,04 - 0,2	0,05		0,03		
PLT	10 ⁹ /л	150 - 450	310		283		
RET	10 ⁹ /л	16,2 - 100	41,7		40,5		
LFR	%	>87	88,1		87,8		

IRF	%	<13,4	11,9	12,2	
Незрелые гранулоциты	10 ⁹ /л	<0,05	0,01	0,01	
Незрелые гранулоциты %	%	<1	0,2	0,2	
RET-He	пг	28,4 - 36	33,5	33,4	
СОЭ	мм/час	2 - 20	2	2	
КЩС (кислотно-щелочное состояние)					
HCT	%	35 - 45	37	34,9	
Na	ммоль/л	134 - 145	143,18		
Cl	ммоль/л	96 - 110	108		
T	°C				37
FIO2	%				21
pH	<>	7,35 - 7,45			7,405
pCO2	мм рт.ст.	35 - 48			36,5
pO2	мм рт.ст.	83 - 108			76
ctHb	г/л	140 - 180			117
Hct	%				35,9
SO2	%	95 - 99			96,8
FO2Hb	%				94,8
FCOHb	%	0 - 0,8			1,3
FHHb	%				3,1
FMethHb	%	0,2 - 0,6			0,8
K+	ммоль/л	3,5 - 5			4,7
Na+	ммоль/л	136 - 146			155
Ca++	ммоль/л	1,15 - 1,29			1,43
Cl-	ммоль/л	98 - 106			113
Glu	ммоль/л	3,9 - 5,8			6,9
Lac	ммоль/л	0,5 - 1,6			2,3
tBil	мкмоль/л				0
Osm	ммоль/кг				316,4
ctO2	ммоль/л				15,6
p50	мм рт.ст.				21,4
BE-Ecf	ммоль/л				-1,6
cHCO3	ммоль/л				23,2
RET %	‰	3,5 - 20	9,3	9,7	
IgG к трансклутаминазе	Ед/мл		Отрицательный		
IgA к трансклутаминазе	Ед/мл		1 Отрицательный		
Архив сыворотки			42-2-1	46-8-5	
Ат к эндомицию	<>		Отрицательный (1:10)		
Dn - АТ к двухцепочечному ДНК	МЕД/мл		1,1 Отрицательный		
ABO			В(III)		
Rh			отр(-)		
Кальпротектин	мкг/г	0 - 80	< 30		
Эпителий цилиндрический	<>		отсутствует		
Эпителий плоский	<>		отсутствует		
Растительная клетчатка непереваримая	<>		незначительное колич		

Дрожжевые грибы	<>		отсутствуют		
Консистенция	<>		оформленн ый		
Цвет	<>		коричневы й		
Запах	<>		обычный		
Гной	<>		отсутствует		
Кровь	<>		отсутствует		
Реакция на скрытую кровь	<>		отрицатель ная		
Мышечные волокна с исчерченностью	<>		отсутствуют		
Мышечные волокна без исчерченности	<>		отсутствуют		
Соединительная ткань	<>		отсутствует		
Жир нейтральный	<>		значительн ое количес		
Мыла	<>		отсутствуют		
Соли жирных кислот	<>		отсутствуют		
Растительная клетчатка переваримая	<>		отсутствует		
Крахмал внутриклеточный	<>		отсутствует		
Крахмал внеклеточный	<>		незначител ьное колич		
Йодофильная флора	<>		отсутствует		
CD3+ (зрелые Т-лф), %	%	66 - 76		71,4	
CD3+ (зрелые Т-лф), абс	/мкл	1 400 - 2 000		1 285	
CD3+CD4+ (Т-хелперы), %	%	33 - 41		37,1	
CD3+CD4+ (Т-хелперы), абс	/мкл	700 - 1 100		668	
CD3+CD8+ (Т-цит.), %	%	27 - 35		26,7	
CD3+CD8+ (Т-цит...), абс	/мкл	600 - 900		481	
CD3+CD4-CD8- (дв_нег),%	%			9	
CD3+CD4-CD8- (дв_нег),абс	/мкл			162	
CD3+CD4+CD8+ (дв_поз), %	%			0,7	
CD3+CD4+CD8+ (дв_поз),абс	/мкл			13	
CD4/CD8 (хелперы/цит)		1,1 - 1,4		1,4	
CD19+ (В-лимфоциты), %	%	12 - 22		20	
CD19+ (В-лимфоциты), абс	/мкл	300 - 500		360	
CD16+56+ (NK), %	%	10,6 - 22,4		8,6	
CD16+56+ (NK), абс	/мкл	257 - 619		155	
CD3+CD16+56+ (TNK), %	%	0 - 10		4,6	
IgE (CobasE411)	Ед/мл	<90		352,8	
Оксалаты	ммоль/л			0,19	
Оксалаты (ммоль/сут)	ммоль/сут	0 - 0,42		0,16	
КЩС капиллярная (Radiometer ABL 835)					
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ					выполне
Ферритин	нг/мл	4 - 67	21		
ИФА НА АУТОАНТИТЕЛА					
Anti-ss-DNA IgG	Ед/мл	0 - 19,9	3,53 Отрицатель ный		
ASCA IgG	Ед/мл	<10	4,49 Отрицатель ный		
ASCA IgA	Ед/мл	<10	0,19 Отрицатель ный		

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ						
АЛТ	Ед/л	<40	33,35			
АСТ	Ед/л	<42	39,77			
Альбумин	г/л	38 - 54	44,62			
Белок общий	г/л	60 - 80	69,24			
Билирубин общий	мкмоль/л	3,7 - 20,5	7,43			
Билирубин прямой	мкмоль/л	<5,1	1,48			
ГГТ	Ед/л	5 - 35	10,68			
ЩФ	Ед/л	60 - 400	237,07			
Глюкоза	ммоль/л	3,3 - 5,5	4,35			
Креатинин (CR-E)	мкмоль/л	27 - 62	30,45			
Мочевина	ммоль/л	1,8 - 6,4	4,05			
Мочевая кислота	мкмоль/л	119 - 327	139,83			
TG-B	ммоль/л	0,34 - 1,6	0,8			
Холестерин	ммоль/л	3,1 - 5,2	2,63			
K	ммоль/л	3,4 - 5	4,33			
Na	ммоль/л	134 - 145	143,18			
Cl	ммоль/л	96 - 110	108			
PO4	ммоль/л	1,25 - 2,16	1,51			
Ca	ммоль/л	2,2 - 2,7	2,43			
Fe	мкмоль/л	9 - 21,5	16,33			
Ig G	г/л	5,04 - 14,65	8,47			
Ig M	г/л	0,24 - 2,1	0,9			
Ig A	г/л	0,27 - 1,95	0,59			
CRP	мг/л	<5	0,21			
Липаза	Ед/л	<31			28,6	
Амилаза	Ед/л	28 - 100			100,47	
Амилаза панкре	Ед/л	5 - 46			25,4	
ИФА КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ						
Yersinia enter/pseudo IgG	услЕд	0 - 24	8,30	Отрицательный		
Yersinia enter/pseudo IgM	услЕд	0 - 24	17,01	Отрицательный		
Yersinia enter/pseudo IgA	услЕд	0 - 24	3,02	Отрицательный		
КОАГУЛОГРАММА						
ПТИ	%	70 - 120	95			
ПТВ	сек	14 - 15,4	13,8			
МНО	<>	0,87 - 1,2	1,03			
ТВ	сек	14 - 21	16			
АЧТВ	сек	29,8 - 35,3	29,1			
Фибриноген	г/л	1,99 - 4,09	1,95			
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ						
Слизь	<>		0			
Лейкоциты	<>		0,2			
Эритроциты	<>		10,8			
Кристаллы	<>		0,7			
Лейкоциты в п.з.	в п.з.	0 - 2	0			
Плоский эпителий	/мкл	0 - 11,3	0,3			

Плоский эпителий в п.з.	в п.з.	0 - 2	0,1			
Цилиндры	/мкл	0 - 5	0			
Бактерии	/мкл	0 - 40	12,7			
Дрожжи	/мкл		0			
Круглый эпителий	/мкл	0 - 3,8	0,2			
Патологические цилиндры	/мкл	0 - 0,17	0			
Проводимость	мS/см		2,6			
Сперматозоиды	/мкл		0			
Плотность мочи (SG)	<>	1,002 - 1,025	1,009			
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7	6			
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7	6			
Лейкоциты мочи (LEU)	клеток/мкл		отр(-)			
Нитриты мочи (NIT)	<>		отр(-)			
Белок мочи (PRO)	г/л	0 - 0,25	отр(-)			
Глюкоза мочи (GLU)	ммоль/л		в норме			
Кетоновые тела мочи (KET)	ммоль/л		отр(-)			
Уробилиноген мочи (URO)	мкмоль/л		в норме			
Билирубин мочи (BIL)	мкмоль/л		отр(-)			
Эритроциты мочи	клеток/мкл		отр(-)			
Цвет мочи	<>		светло-желтый			
Прозрачность мочи	<>		прозрачная			
Эритроциты в п.з.	в п.з.	0,1 - 2	1,9			
ИФА						
Эластаза в кале	мкг Э/г кала	>200	486			
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОЧИ						
Альбумин (MA) в моче	мг/л	<30	26,9			
Креатинин (CR-E) в моче	ммоль/л		1,91333			
Са в моче	ммоль/л		1,14			
Мочевая кислота в моче	мкмоль/л				1 733,5	
Диурез	мл/24 ч.				830	
	Ед/изм	Долж.зн.	09.04.22			
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ						
HGB	г/л	120 - 145				
RBC	10 ¹² /л	4 - 5,2				
HCT	%	35 - 45				
MCV	фл	77 - 94				
MCH	пг	25 - 33				
MCHC	г/л	320 - 353				
RDW-CV	%	12 - 15				
WBC	10 ⁹ /л	5,8 - 13,6				
Лимфоциты %	%	31 - 53				
Моноциты %	%	4 - 8				
Нейтрофилы %	%	43 - 65				
Эозинофилы %	%	1 - 5				
Базофилы %	%	0 - 0,5				
Лимфоциты	10 ⁹ /л	1,5 - 6,8				
Моноциты	10 ⁹ /л	0,38 - 1,26				
Нейтрофилы	10 ⁹ /л	1,1 - 9,9				

Эозинофилы	10 ⁹ /л	0,1 - 0,6	
Базофилы	10 ⁹ /л	0,04 - 0,2	
PLT	10 ⁹ /л	150 - 450	
RET	10 ⁹ /л	16,2 - 100	
LFR	%	>87	
IRF	%	<13,4	
Незрелые гранулоциты	10 ⁹ /л	<0,05	
Незрелые гранулоциты %	%	<1	
RET-He	пг	28,4 - 36	
СОЭ	мм/час	2 - 20	
КЩС (кислотно-щелочное состояние)			
НСТ	%	35 - 45	
Na	ммоль/л	134 - 145	
Cl	ммоль/л	96 - 110	
T	°C		
FIO2	%		
pH	<>	7,35 - 7,45	
pCO2	мм рт.ст.	35 - 48	
pO2	мм рт.ст.	83 - 108	
ctHb	г/л	140 - 180	
Hct	%		
SO2	%	95 - 99	
FO2Hb	%		
FCOHb	%	0 - 0,8	
FHHb	%		
FMetHb	%	0,2 - 0,6	
K+	ммоль/л	3,5 - 5	
Na+	ммоль/л	136 - 146	
Ca++	ммоль/л	1,15 - 1,29	
Cl-	ммоль/л	98 - 106	
Glu	ммоль/л	3,9 - 5,8	
Lac	ммоль/л	0,5 - 1,6	
tBil	мкмоль/л		
Osm	ммоль/кг		
ctO2	ммоль/л		
p50	мм рт.ст.		
BE-Ecf	ммоль/л		
сHCO3	ммоль/л		
RET %	‰	3,5 - 20	
IgG к трансклутаминазе	ЕД/мл		
IgA к трансклутаминазе	ЕД/мл		
Архив сыворотки			51-5-6
Ат к эндомизину	<>		
Dn - Ат к двухцепочечному ДНК	МЕД/мл		
ABO			
Rh			
Кальпротектин	мкг/г	0 - 80	

Эпителий цилиндрический	<>		
Эпителий плоский	<>		
Растительная клетчатка непереваримая	<>		
Дрожжевые грибы	<>		
Консистенция	<>		
Цвет	<>		
Запах	<>		
Гной	<>		
Кровь	<>		
Реакция на скрытую кровь	<>		
Мышечные волокна с исчерченностью	<>		
Мышечные волокна без исчерченности	<>		
Соединительная ткань	<>		
Жир нейтральный	<>		
Мыла	<>		
Соли жирных кислот	<>		
Растительная клетчатка переваримая	<>		
Крахмал внутриклеточный	<>		
Крахмал внеклеточный	<>		
Йодофильная флора	<>		
CD3+ (зрелые Т-лф), %	%	66 - 76	
CD3+ (зрелые Т-лф), абс	/мкл	1 400 - 2 000	
CD3+CD4+ (Т-хелперы), %	%	33 - 41	
CD3+CD4+ (Т-хелперы), абс	/мкл	700 - 1 100	
CD3+CD8+ (Т-цит.), %	%	27 - 35	
CD3+CD8+ (Т-цит.), абс	/мкл	600 - 900	
CD3+CD4-CD8- (дв_нег), %	%		
CD3+CD4-CD8- (дв_нег), абс	/мкл		
CD3+CD4+CD8+ (дв_поз), %	%		
CD3+CD4+CD8+ (дв_поз), абс	/мкл		
CD4/CD8 (хелперы/цит)		1,1 - 1,4	
CD19+ (В-лимфоциты), %	%	12 - 22	
CD19+ (В-лимфоциты), абс	/мкл	300 - 500	
CD16+56+ (NK), %	%	10,6 - 22,4	
CD16+56+ (NK), абс	/мкл	257 - 619	
CD3+CD16+56+ (TNK), %	%	0 - 10	
IgE (CobasE411)	Ед/мл	<90	
Оксалаты	ммоль/л		
Оксалаты (ммоль/сут)	ммоль/сут	0 - 0,42	
КЩС капиллярная (Radiometer ABL 835)			
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ			
Ферритин	нг/мл	4 - 67	
ИФА НА АУТОАНТИТЕЛА			
Anti-ss-DNA IgG	Ед/мл	0 - 19,9	
ASCA IgG	Ед/мл	<10	
ASCA IgA	Ед/мл	<10	
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ			

АЛТ	Ед/л	<40	21,22
АСТ	Ед/л	<42	36,21
Альбумин	г/л	38 - 54	44,67
Белок общий	г/л	60 - 80	
Билирубин общий	мкмоль/л	3,7 - 20,5	
Билирубин прямой	мкмоль/л	<5,1	
ГГТ	Ед/л	5 - 35	
ЩФ	Ед/л	60 - 400	242,82
Глюкоза	ммоль/л	3,3 - 5,5	
Креатинин (CR-E)	мкмоль/л	27 - 62	
Мочевина	ммоль/л	1,8 - 6,4	
Мочевая кислота	мкмоль/л	119 - 327	
TG-B	ммоль/л	0,34 - 1,6	
Холестерин	ммоль/л	3,1 - 5,2	
K	ммоль/л	3,4 - 5	
Na	ммоль/л	134 - 145	
Cl	ммоль/л	96 - 110	
PO4	ммоль/л	1,25 - 2,16	
Ca	ммоль/л	2,2 - 2,7	2,42
Fe	мкмоль/л	9 - 21,5	
Ig G	г/л	5,04 - 14,65	
Ig M	г/л	0,24 - 2,1	
Ig A	г/л	0,27 - 1,95	
CRP	мг/л	<5	0,18
Липаза	Ед/л	<31	
Амилаза	Ед/л	28 - 100	
Амилаза панкреатическая	Ед/л	5 - 46	
ИФА КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ			
Yersinia enter/pseudo IgG	услЕд	0 - 24	
Yersinia enter/pseudo IgM	услЕд	0 - 24	
Yersinia enter/pseudo IgA	услЕд	0 - 24	
КОАГУЛОГРАММА			
ПТИ	%	70 - 120	
ПТВ	сек	14 - 15,4	
МНО	<>	0,87 - 1,2	
ТВ	сек	14 - 21	
АЧТВ	сек	29,8 - 35,3	
Фибриноген	г/л	1,99 - 4,09	
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ			
Слизь	<>		
Лейкоциты	<>		
Эритроциты	<>		
Кристаллы	<>		
Лейкоциты в п.з.	в п.з.	0 - 2	
Плоский эпителий	/мкл	0 - 11,3	
Плоский эпителий в п.з.	в п.з.	0 - 2	
Цилиндры	/мкл	0 - 5	
Бактерии	/мкл	0 - 40	
Дрожжи	/мкл		

Круглый эпителий	/мкл	0 - 3,8	
Патологические цилиндры	/мкл	0 - 0,17	
Проводимость	МС/см		
Сперматозоиды	/мкл		
Плотность мочи (SG)	<>	1,002 - 1,025	
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7	
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7	
Лейкоциты мочи (LEU)	клеток/мкл		
Нитриты мочи (NIT)	<>		
Белок мочи (PRO)	г/л	0 - 0,25	
Глюкоза мочи (GLU)	ммоль/л		
Кетоновые тела мочи (KET)	ммоль/л		
Уробилиноген мочи (URO)	мкмоль/л		
Билирубин мочи (BIL)	мкмоль/л		
Эритроциты мочи	клеток/мкл		
Цвет мочи	<>		
Прозрачность мочи	<>		
Эритроциты в п.з.	в п.з.	0,1 - 2	
ИФА			
Эластаза в кале	мкг Э/г кала	>200	
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОЧИ			
Альбумин (MA) в моче	мг/л	<30	
Креатинин (CR-E) в моче	ммоль/л		
Са в моче	ммоль/л		
Мочевая кислота в моче	мкмоль/л		
Диурез	мл/24 ч.		

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Дефектолог Когут Ю.Г.

04.04.2022.

ДИАГНОЗ ИЦЗД: Другие и неуточненные симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности и осознанию;

ЖАЛОБЫ: На консультации с целью обследования и решения практических вопросов обучения и воспитания ребенка;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Мальчик на обследовании с мамой, выглядит младше возраста, астенического телосложения, кожные покровы бледные, мимика маловыразительная, эмоционально-лабилен. При знакомстве на педагога не смотрит, отворачивается, жмется к маме, нуждается в дополнительном времени адаптации. Постепенно, через игровые методы и приемы включается в совместную предметно-игровую деятельность с новым взрослым, поддерживает вербальный контакт, отвечает на вопросы о себе односложно или простой фразой. Социальные нормы и правила поведения соблюдает при напоминании, реже организации.

Цель и условия заданий принимает и выполняет по простой вербальной инструкции, при затруднении нуждается в демонстрации принципа действия. По заданным правилам или схеме действует кратковременно, быстро истощается, при утомлении или затруднении допускает ошибки, которые не видит, оставляет заданное недоделав, нуждается в организующей, пооперационной помощи педагога, эмоциональной поддержке и одобрении. Вербальные обозначения основных сенсорных признаков предмета усвоены частично, называет некоторые основные цвета и их оттенки, некоторые основные геометрические фигуры. Владеет операциями сравнения и обобщения, самостоятельно анализирует парные изображения с изменяющейся последовательностью 3-х геометрических фигур, находит похожие фигуры и исключает отличные от них. При виде 4-х частей разрезанной картинки узнает предмет, который должен получиться в итоге, складывает части медленно, пользуется пробами. Выделяет из множества зрительно два предмета, далее отсчитывает по одному, называет числительные, правильно определяет количественное соотношение двух групп предметов; понимает конкретный смысл слов: «больше», «меньше», знает как сделать, чтобы из двух получилось три. При рассмотрении сюжетных картин называет объекты, предметы и действия, совершенные с ними. Охотно отвечает на вопросы взрослого односложно или простой фразой, перечисляет события, соблюдая верную последовательность действия, оперирует образом реальной ситуации.

РЕКОМЕНДАЦИИ: -соблюдение рекомендаций невролога
-систематические занятия с дефектологом и логопедом по развитию наглядно-действенного мышления и формированию наглядно-образного мышления, речи
-контроль и индивидуальная помощь в усвоении нового
-наблюдение в динамике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Особенности познавательного развития, период наглядно-действенного мышления, истощаемость.

2. Аллерголог к.м.н Аршба С.К.

08.04.2022.

ДИАГНОЗ НЦЗД: Паросмия. Хронический запор.

ЖАЛОБЫ: Извращение вкусов, запахов.

Меняется цвет лица при употреблении мяса, молочных продуктов и выпечки;

Запоры- нет самостоятельной дефекации, задержка мочи когда ест фрукты;

Заложенность носа последние 2 мес после игры на пыльной улице;

Стул с кровью на употребление сырых фруктов, ягод и овощей;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Состояние средней степени тяжести по основному заболеванию, на момент осмотра стабилен, активен, контактен. Физическое развитие среднее дисгармоничное. Катаральных явлений нет. Носовое дыхание не затруднено, отделяемого нет. Язык обложен белым налетом слизистой полости рта розовая без эрозий. Зев рыхлый, миндалины с расширенными лакунами, без наложений. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий доступен пальпации, со слов мамы в стационаре стул без примесей крови (получает молочные продукты) мочеиспускание, со слов не затруднено.

РЕКОМЕНДАЦИИ: 1. Назначения лечащего врача гастроэнтеролога продолжить. Наблюдение и соблюдение рекомендаций нефролога

2. Исследование крови на специфические иммуноглобулины Е к казеину, молоку, пшенице, глютену, гречке, яичу; белок и желток, к мясу курицы, к рыбе. Так же для подтверждения круглогодичного ринита: исследование крови специфических иммуноглобулинов Е к смеси клещей домашней пыли, к смеси грибковых аллергенов. Уровень фолиевой кислоты и концентрация витамина Д (25 ОН);

3. Консультация оториноларинголога

4. Ведение пищевого дневника: продукт-симптом, характер стула, примеси. Диета с исключением сырых овощей, фруктов, ягод.

5. Консультация диетолога

6. Орошать нос солевыми растворами по типу "мягкий душ" по необходимости

7. Повторная консультация я после дообследования;

3. Нефролог Милованова(91) А.М.

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Ребенок с диагнозом "K51.8 Неспецифический язвенный колит" поступил в гастроэнтерологическое отделение с гепатологической группой первично, планово по системе высокотехнологичной медицинской помощи Группа 45, Код ВМП: 12.00.45.001. Все обследование и лечение будет проведено в соответствии с постановлением правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 по программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ на 2022 г.

Наименование вида ВМП: Поликомпонентное лечение болезни Крона, неспецифического язвенного колита, гликогеновой болезни, фармакорезистентных хронических вирусных гепатитов, аутоиммунного гепатита, цирроза печени с применением химиотерапевтических, генно-инженерных биологических лекарственных препаратов и методов экстракорпоральной детоксикации.

Модель пациента: Неспецифический язвенный колит, непрерывно-рецидивирующее течение.

Вид лечения: терапевтическое лечение.

Метод лечения: поликомпонентное лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, под контролем эффективности терапии с применением комплекса иммунологических, биохимических, молекулярно-биологических, цитохимических и морфологических методов, а также визуализирующих методов диагностики (эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковой диагностики).

По результатам проведенного обследования у ребенка отмечается полная клиничко-лабораторная, эндоскопическая ремиссия Язвенного колита. Лабораторно признаков воспалительной активности нет, анемии нет. Уровень фекального кальпротектина $<30 \text{ мкг/г}$. По результатам колоноскопии органической патологии не выявлено, в связи с чем местная терапия салицилатами отменена. Взята лестничная биопсия - заключение в работе. Сданы стекла на пересмотр с колоноскопии, проведенной по месту жительства, для окончательного суждения о диагнозе в дебюте.

По ЭГДС визуализируются признаки антрального умеренно выраженного гастрита, назначена гастропротективная терапия. Учитывая жалобы на склонность к запорам, назначена прокинетическая терапия тримебутином, в связи с жалобами на тошноту/отрыжку в терапию добавлен домперидон. В копрограмме отмечается значительное количество нейтрального жира, с ферментозаместительной целью в терапию добавлен панкреатин.

Обращает на себя внимание повышение уровня IgE, в связи с чем ребенок был проконсультирован аллергологом. Рекомендовано дообследование на предмет выявления специфических антител к пищевым аллергенам и дальнейшее наблюдение у аллерголога.

В связи с выявленными изменениями по УЗИ почек и мочевого пузыря, жалобами на невозможность мочеиспускания на фоне приема фруктовых пюре?, ребенок проконсультирован нефрологом. У ребенка с выраженной гиперкальциемией, отягощенным наследственным анамнезом имеет место наследственная тубулопатия, нефрокальциноз. Необходимо дообследование с оценкой уровня активных метаболитов витамина D (в т.ч. 24,25-ОН-D2), консультация генетика. С учетом проведенного молекулярно-генетического исследования, ребенку показано проведение секвенирования клинического экзома.

Таким образом, учитывая полную ремиссию язвенного колита, в назначении глюкокортикоидной, цитостатической, генно-инженерной биологической терапии ребенок не нуждается, в связи с чем изменен источник финансирования на K51.8 Язвенный колит КСГ st04.002 – ОМС-регионы. В терапии салицилатами (месалазин) не нуждается. Местная терапия салофальком отменена.

Ребенок выписывается из отделения в стабильном состоянии. Рекомендации даны.

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Ребенок с диагнозом "K51.8 Неспецифический язвенный колит" поступил в гастроэнтерологическое отделение с гепатологической группой первично, планово по системе высокотехнологичной медицинской помощи Группа 45, Код ВМП: 12.00.45.001. Все обследование и лечение будет проведено в соответствии с постановлением правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 по программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ на 2022 г.

Наименование вида ВМП: Поликомпонентное лечение болезни Крона, неспецифического язвенного колита, гликогеновой болезни, фармакорезистентных хронических вирусных гепатитов, аутоиммунного гепатита, цирроза печени с применением химиотерапевтических, генно-инженерных биологических лекарственных препаратов и методов экстракорпоральной детоксикации.

Модель пациента: Неспецифический язвенный колит, непрерывно-рецидивирующее течение.

Вид лечения: терапевтическое лечение.

Метод лечения: поликомпонентное лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, под контролем эффективности терапии с применением комплекса иммунологических, биохимических, молекулярно-биологических, цитохимических и морфологических методов, а также визуализирующих методов диагностики (эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковой диагностики).

По результатам проведенного обследования у ребенка отмечается полная клиничко-лабораторная, эндоскопическая ремиссия Язвенного колита. Лабораторно признаков воспалительной активности нет, анемии нет. Уровень фекального кальпротектина $<30 \text{ мкг/г}$. По результатам колоноскопии органической патологии не выявлено, в связи с чем местная терапия салицилатами отменена. Взята лестничная биопсия - заключение в работе. Сданы стекла на пересмотр с колоноскопии, проведенной по месту жительства, для окончательного суждения о диагнозе в дебюте.

По ЭГДС визуализируются признаки антрального умеренно выраженного гастрита, назначена гастропротективная терапия. Учитывая жалобы на склонность к запорам, назначена прокинетическая терапия тримебутином, в связи с жалобами на тошноту/отрыжку в терапию добавлен домперидон. В копрограмме отмечается значительное количество нейтрального жира, с ферментозаместительной целью в терапию добавлен панкреатин.

Обращает на себя внимание повышение уровня IgE, в связи с чем ребенок был проконсультирован аллергологом. Рекомендовано дообследование на предмет выявления специфических антител к пищевым аллергенам и дальнейшее наблюдение у аллерголога.

В связи с выявленными изменениями по УЗИ почек и мочевого пузыря, жалобами на невозможность мочеиспускания на фоне приема фруктовых пюре?, ребенок проконсультирован нефрологом. У ребенка с выраженной гиперкальциемией, отягощенным наследственным анамнезом имеет место наследственная тубулопатия, нефрокальциноз. Необходимо дообследование с оценкой уровня активных метаболитов витамина D (в т.ч. 24,25-ОН-D2), консультация генетика. С учетом проведенного молекулярно-генетического исследования, ребенку показано проведение секвенирования клинического экзома.

Таким образом, учитывая полную ремиссию язвенного колита, в назначении глюкокортикоидной, цитостатической, генно-инженерной биологической терапии ребенок не нуждается, в связи с чем изменен источник финансирования на K51.8 Язвенный колит КСГ st04.002 – ОМС-регионы. В терапии салицилатами (месалазин) не нуждается. Местная терапия салофальком отменена.

Ребенок выписывается из отделения в стабильном состоянии. Рекомендации даны.

РЕКОМЕНДАЦИИ

-- Наблюдение педиатра, гастроэнтеролога, нефролога, невролога, аллерголога, психолога по месту жительства.

-- Диета с ограничением жиров и углеводов и нормальным содержанием белка, с ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторов желудочно-кишечного тракта, с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике). Питаться дробно, небольшими порциями, 4-5 раз в сутки. Диета должна быть механически и химически щадящей с повышенным содержанием белка, витаминов, исключением молока и ограниченным количеством грубой растительной клетчатки.

--Избегать переохлаждения, инсоляции, смен климатических зон проживания, стрессовых ситуаций, чрезмерных физических нагрузок, контактов с инфекциями, применения любых иммуностимулирующих препаратов, физиотерапевтических процедур, гомеопатического и нетрадиционного лечения, психических и физических перегрузок. Применение нетрадиционных методов лечения, прием БАД, иммуномодуляторов/-стимуляторов противопоказан.

-- Контроль клинического анализа крови (лейкоциты, лимфоциты, нейтрофилы, гемоглобин, СОЭ), биохимического анализа крови (общий белок, альбумин, АЛТ/АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, общий билирубин, С-реактивный белок).

-- Контроль копрограммы - через 2 месяца.

-- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости - 1 раз в 4-6 месяцев.

-- Уточнение заключения морфологического заключения через 1 месяц по почте gastro@nczd.ru

ТЕРАПИЯ:

1. Тримебутин 50 мг * 3 раза в сутки за 20 мин до еды - 2 недели. Курс повторять 1 раз в квартал.

2. Панкреатин 10000ЕД по 1 капс *3 раза в сутки во время еды - 2 мес. Далее контроль копрограммы.

3. Домперидон по 5 мл * 3 раза в день - 2 недели .

4. Антациды (магния гидроксид/алюминия фосфат) - по 1 пакетик х 3 раза в сутки (через 20 мин после еды), по требованию при возникновении болей - в течение 2 недели.

5. Гиосцина бутилбромид - по 5 мг по требованию при возникновении болей, до 2 раз в сутки. *(исключен)*

-- Соблюдение рекомендаций аллерголога:

1. Исследование крови на специфические иммуноглобулины Е к казеину, молоку, пшенице, глютену, гречке, яичу: белок и желток, к мясу курицы, к рыбе. Так же для подтверждения круглогодичного ринита: исследование крови специфических иммуноглобулинов Е к смеси клещей домашней пыли, к смеси грибковых аллергенов. Уровень фолиевой кислоты и концентрация витамина Д (25 ОН);

2. Консультация оториноларинголога

3. Ведение пищевого дневника: продукт-симптом, характер стула, примеси. Диета с исключением сырых овощей, фруктов, ягод.

4. Консультация диетолога

5. Орошать нос солевыми растворами по типу "мягкий душ" по необходимости

6. Повторная консультации я после дообследования

-- Соблюдение рекомендаций нефролога:

1. Наблюдение нефролога по месту жительства.

2. УЗИ почек и мочевого пузыря до и после микции в плановом порядке.

3. Консультация клинического генетика в плановом порядке.

4. Контроль уровня 25-ОН-D3 и 24,25-ОН-D2 в крови в плановом порядке.

альфа - кортикостероиды

5. Контроль биохимического анализа крови (креатинин, мочеви́на, моче́вая кислота, калий, фосфор, ЩФ, ПТГ) 1 раз в 3 месяца.
6. Контроль общего анализа мочи 1 раз в 1 месяц и при интеркуррентных заболеваниях.
7. Контроль биохимического анализа мочи (вторая разовая порция на кальций, фосфор, ураты, оксалаты, креатинин) - 1 раз в 3 месяца.
8. Цитратная смесь по 1,5 мг (1/2 таб) - 6:00 + 1,5 мг (1/2 таб) - 12:00 + 1,5 мг (1/2 таб) - 18:00 + 1,5 мг (1/2 таб) - 00:00 - постоянно, длительно, под контролем pH мочи (целевые уровни pH 6,4-7,0).
9. Молекулярно-генетическое исследование - секвенирование клинического экзона в плановом порядке.
10. Контроль ритма мочеиспускания (вести дневник).
11. Питьевой режим не менее 1200-1300 мл в сутки.
12. Повторная консультация по результатам дообследования.
13. Противопоказаний к проведению вакцинации со стороны мочевыделительной системы на данный момент нет.

Лечащий врач

- Силонян А.Л.

Руководитель отделения

д.м.н, профессор - Потапов А.С.

Оценить качество оказанной медицинской помощи в нашем Центре Вы можете на официальном сайте ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России (www.nczd.ru), а так же через QR - код

