

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ "РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Б.В. ПЕТРОВСКОГО"  
(ФГБНУ РНЦХ им.акад. Б.В. Петровского) НКЦ № 2  
Абрикосовская ул., д. 1А, г. Москва, 117593  
тел: +7 499 246-63-63, факс: +7 499 240-89-88



**Научно-клинический центр №2  
Федерального государственного бюджетного научного учреждения  
"Российский научный центр хирургии имени академика Б.В.Петровского"  
117593, г. Москва, Литовский бульвар, дом 1А**

**Коммерческий отдел: тел 8 (499) 400-47-33, Приемное отделение: тел 8 (495) 427-83-33  
8 (499) 427-77-33 - отделение неотложной медицинской помощи**

### Эпикриз выписной

**Код ИБ 5793 КУЧУК МАТВЕЙ СЕРГЕЕВИЧ Дата рождения 26.07.2013**

**Отделение:** ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ниип

**Ф.И.О. больного:** КУЧУК МАТВЕЙ СЕРГЕЕВИЧ

**Дата рождения:** 26.07.2013 (10 лет 8 месяцев 6 дней)

**Дата госпитализации:** 24.03.2024

**Дата выписки:** 03.04.2024 11:58:07

**Диагноз:**

клинический заключительный

Основной: K51.8 Язвенный колит, тотальный (E4), гормонзависимый вариант, низкой степени клинической и эндоскопической активности (PUCAI 20 баллов, UCEIS 3 балла), высокой степени морфологической активности (Nancy 3 балла), непрерывно-рецидивирующее течение. С тяжелой атакой в анамнезе (S0). (известное ранее хроническое)

Осложнения: 1) Вторичная артериальная гипертензия.

Сопутствующие заболевания: Хронический антрум-гастрит, подострое течение. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, латентное течение. ХБП С3а. Киста левой почки. Анемия легкой степени смешанного генеза. Селективный дефицит IgA.

**Жалобы:** жидкий стул, примесь слизи, крови

**Анамнез болезни:** Ребенок считается больным с 2015 года, когда после перенесенного сальмонеллеза появился кишечный синдром с гемоколитом, на основании чего ребенок был обследован в УЗ "4-я ГКБ" г. Минск, отделение 1-е педиатрическое. Диагноз: Неспецифический язвенный колит левосторонний, активность 1 степени. Инициирована терапия Преднизолоном в дозе 15 мг/сут с последующим снижением дозы на 2,5 мг каждые 7-10 дней до 2,5 мг, затем снижение дозы на 1,25 мг каждые 7-10 дней. Повторная госпитализация в конце 2015 года на фоне возникновения прежних жалоб. Проведено УЗИ ОБП 26.11.2015: эхо-признаки утолщения стенки в проекции сигмовидного отдела толстого кишечника (в сравнении с толщиной стенки в других его отделах). Умеренно увеличенные лимфоузлы в брыжейке тонкого кишечника. Анализ крови на наличие Антинуклеарных антител – положительный (+). Коррекции терапии не проводилось.

В начале 2016 года была проведена ректосигмоколоноскопия + биопсия. Заключение: активный колит без признаков хронизации. Гистологическая картина более характерна для инфекционного процесса. Признаки ВЗК отсутствуют.

В феврале 2016 года проведен пересмотр стекол. Заключение: активный колит без убедительных признаков хронизации. Данная гистологическая картина наиболее характерна для инфекционного процесса.

Убедительные признаки язвенного колита и болезни Крона отсутствуют, однако их нельзя однозначно исключить из-за неопределенной гистологической картины ВЗК в раннем детском возрасте.

В течение года состояние в целом сохранялось стабильным.

В феврале 2017 года кальпротектин – 1230 мкг/г.

В мае 2017 года стационарное лечение в УЗ "4-я ГКБ" г. Минск, отделение 1-е педиатрическое. Диагноз:

Неспецифический язвенный колит, тотальный, активность 0-1 степени. Проведена терапия метилпреднизолон 4 мг по 1/2 таб. утром - с постепенным снижением дозы (по схеме). месакол 400 мг по 1т.

\* 2 раза в день. Проведена биопсия. Заключение: Данная гистологическая картина характеризует хронический непрерывный панколит, очаговый в слепой и восходящей ободочной кишке, диффузный в более дистальных отделах толстой кишки, с убыванием степени активности от высокой в правых отделах толстой кишки до незначительной - в левых, с признаками предшествовавшего диффузного хронического фолликулярного проктита, что может наблюдаться, наиболее вероятно, при терапевтическом патоморфозе язвенного колита, однако невозможно полностью исключить болезнь Крона и поражение толстой кишки на фоне иммунодефицита.

В июне 2017 года стационарное лечение в УЗ "4-я ГКБ" г. Минск, отделение 1-е педиатрическое. Диагноз: Неспецифический язвенный колит, тотальный, активность 0-1 степени. Протокол ВК: Учитывая полученные морфологические данные показано усиление базисной терапии заболевания с назначением азатиоприна в дозе 2.5 мг/кг под контролем ОАК - длительно; продолжить прием метилпреднизолона с повышением дозы до 4 мг/сут до 2 месяцев, с последующей отменой + омепразол 10 мг утром на время приема медрола; прием месакولا продолжить в прежней дозе 400 мг по 1 таб. \* 2 раза в день - длительно; показана консультация в РНПЦ ДОГИ для исключения первичного иммунодефицита.

Весной 2018 года стационарное лечение в УЗ "4-я ГКБ" г. Минск, отделение 1-е педиатрическое. Диагноз: Неспецифический язвенный колит, тотальный, активность 1 степени. Пиелонефрит, стадия обострения. Протокол ВК: Учитывая воспалительные изменения в общем и биохимическом анализах крови, изменения в анализе мочи, с учетом длительности нестабильного состояния ребенка, принято решение об изменении базисной терапии: месакол 400 мг по 1 табл x 2 раза в день. азатиоприн 25 мг в сутки. преднизолон в/венно 15 мг в сутки. зиромин в/венно 170 мг в сутки, продолжить прием метронидазола (трихопола) по 125 мг x 3 раза в день. Учитывая изменения в ОАК (лейкоцитоз). БАК (повышение СРБ). изменения в анализе мочи по Нечипоренко, а также расширение лоханки правой почки, расширение чашечек левой почки по данным УЗИ. рекомендовано: отменить зиромин, ввести пefамед 850 мг в/венно 1 раз в день, снижение дозы преднизолона по схеме, с целью профилактики клостридиальной инфекции на время антибактериальной терапии - энтерос-пор по 1 капс. x 2 раза в день, продолжить антибактериальную терапию цефамедом до 10 дней с последующим переходом на амикацин с учетом чувствительности к антибиотикам флоры, консультация нефролога, контроль ОАК, анализа мочи по Нечипоренко, контроль УЗИ органов брюшной полости и почек в динамике.

В августе 2018 года консультация аллерголога-иммунолога. Заключение: показатели клеточного и гуморального иммунитета в пределах возрастных колебаний (на фоне иммуносупрессивной терапии) на 01.08.2018 отмечается селективный дефицит иммуноглобулина А. НЯК, тотальный, средней степени тяжести по выписке. ИМВП анемия легкой степени смешанного генеза.

Весной 2019 года стационарное лечение в УЗ "4-я ГКБ" г. Минск, отделение 1-е педиатрическое. Диагноз: Неспецифический язвенный колит, тотальный, активность минимальной степени. Проведена биопсия 25.04.2019. Заключение: Непрерывный активный эрозивный очаговый крипт - деструктивный илеит. Диффузный неравномерный активный крипт - деструктивный колит. Данная гистологическая картина наиболее характерна для язвенного колита. Формирование криптолитических ганглюм может быть связано с лечебным патоморфозом язвенного колита. Медикаментозное лечение: имуран (свой), месакол, месалазин, амикацин 150 мг x 2 раза в день в/венно с 19.04. по 23.04.19г., цефотаксим 500 мг x 2 раза в день в/венно с 23.04. по 25.04.19г. лактулоза. эспумизан (свой). преднизолон 30 мг x 1 раз в день в/венно с 25.04. по 29.04.19г., преднизолон 20 мг x 1 раз в день в/венно с 30.04. по 04.05.19г., преднизолон 15 мг x 1 раз в день per os с 05.05.19г., омез. ванкомицин 250 мг x 3 раза в день с 25.04. по 05.05.19г.

Осенью 2019 года стационарное лечение в УЗ "4-я ГКБ" г. Минск, отделение 1-е педиатрическое. Диагноз: Неспецифический язвенный колит, тотальный, активность 1 степени. ВАМП: пиелозектазия справа. Железодефицитная анемия. УЗИ ОБП 19.09.2019. Заключение: умеренно увеличенные лимфоузлы в брыжейке тонкого кишечника.

Осенью 2020 года исследование ДНК методом клинического секвенирования – выявлены не патогенные гетерозиготные мутации, не являющиеся причиной наблюдаемого состояния. ПИД не исключался.

Весной 2021 года стационарное лечение в УЗ "4-я ГКБ" г. Минск, отделение 1-е педиатрическое. Диагноз: Неспецифический язвенный колит, тотальный, активность средней степени. Проведено гистологическое исследование. Заключение: 1-2 - Фрагменты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки нормального гистологического строения. *Helicobacter pylori* не обнаружен. 3 - Фрагменты слизистой оболочки желудка антрального типа нормального гистологического строения. *Helicobacter pylori* не обнаружен. 4 - Фрагменты слизистой оболочки желудка фундального типа нормального гистологического строения. *Helicobacter pylori* не обнаружен. Фрагменты слизистой оболочки тонкой кишки нормального гистологического строения. 10 - Фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с очаговой минимальной гетерогенностью размеров и формы крипт, очаговой, "пятнистой" полиморфноклеточной инфильтрацией собственной пластинки, состоящей преимущественно из плазмочитов, лимфоцитов, нейтрофилов и эозинофилов, с проникновением групп нейтрофилов в поверхностный и криптальный эпителий, вплоть до формирования поверхностных эрозий, а также, в биоптате с маркировкой N° 5, крипт-абсцессов, наличием в собственной пластинке, в том

числе, в лимфоидных фолликулах, множественных нечетко очерченных эпителиоидноклеточных гранулам с многоядерными гигантскими клетками, без некроза. 11 - Фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с сохранной архитектурой крипт, отеком и скудной очаговой нейтрофильной инфильтрацией собственной пластинки. Данная гистологическая картина характеризует хронический эрозивный криптдеструктивный непрерывный очаговый гранулематозный колит с поражением всех отделов толстой кишки за исключением прямой, что наиболее характерно для болезни Крона. Изменения в прямой кишке связаны, наиболее вероятно, с реакцией на подготовку к исследованию.

Признаки цитомегаловирусной инфекции в исследуемых биоптатах не определяются.

Летом-осенью 2021 года стационарное лечение в УЗ "3-я ГКБ" г. Минск, отделение 3-е педиатрическое.

Диагноз: Основной - Болезнь Крона, A1a, L3, B1 илеоколит, воспалительная форма, непрерывно-рецидивирующее течение. Сопутствующие - Нейропатия. ХБП С36A1. Вторичная артериальная гипертензия? ВАМП: пиелозктазия справа. Хронический гастрит антральный, выраженность +, активность +, НР негативный. Хронический фундальный гастрит, выраженность +, активность +, НР- негативный. Селективный дефицит иммуноглобулина А? В ходе госпитализации ВК принято решение для проведения консилиума по назначению биотехнологического препарата Инфликсимаб.

С декабря 2021 года отменен Азатиоприн.

Весной 2022 года инициирована терапия Инфликсимабом. На фоне терапии Инфликсимабом без улучшения.

Летом-осенью 2022 года стационарное лечение в УЗ "3-я ГКБ" г. Минск, отделение 3-е педиатрическое.

Диагноз: Основной - Болезнь Крона, A1a, L3, B1 илеоколит, воспалительная форма, непрерывно-рецидивирующее течение, резистентный к стандартным дозам Инфликсимаба. Проведен консилиум с решением вопроса об увеличении кратности введения Инфликсимаба в дозе 5 мг/кг каждые 4 недели.

Осенью 2023 года стационарное лечение в УЗ "3-я ГКБ" г. Минск, отделение 3-е педиатрическое. Диагноз: Болезнь Крона, A1L3B1, илеоколит, воспалительная форма, непрерывно-рецидивирующее течение, резистентность к стандартным дозам инфликсимаба. Хронический антральный очаговый гастрит, умеренно выраженный, умеренно активный, НР-. Хронический гастрит тела очаговый, слабо выраженный, неактивный. Решение ВК: С учетом отсутствия клинической и эндоскопической ремиссии на фоне проведения терапии инфликсимабом, а также развитием нежелательных реакций на введение инфликсимаба в виде тошноты, тахикардии, головокружения, рвоты, что явилось основанием для прекращения введения препарата и пациент не получил терапевтическую дозу, необходимую для контроля активности болезни Крона, рекомендована замена инфликсимаба на адалимумаб в дозе 40 мг на 0 неделе и 20 мг на 2 неделе, далее по 20 мг 1 раз в 2 недели подкожно.

До настоящей госпитализации ребенок получал Адалимумаб, на фоне чего сохранялся кишечный синдром с гемоколитом, лабораторно умеренная активность. Также в терапии неоднократные курсы метронидазола, ванкомицина (по поводу периодического выявлено токсинов к Cl.def.).

Обратились в Федеральный центр с целью обследования и коррекции терапии.

Настоящая госпитализация в отделение гастроэнтерологии для детей НКЦ №2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского" НИИ педиатрии и охраны здоровья детей первичная, плановая, с целью обследования и коррекции проводимой терапии.

**Объективный статус:** ANAMNESIS VITAE Ребенок от 1 беременности, на фоне УПБ в 30 нед, 1х родов на 40-41 неделях. Масса тела 3370, длина 52 см. 8/9 баллов по APGAR. Ранее развитие без особенностей.

Привит: по индивидуальному графику (от кори - однократно в год, далее м/о, от полиомиелита - R1 ИПВ от 2015 года)

Эпиданамнез: благополучный, зев не гиперемирован, контакт с инфекционными больными отрицает,

Проживает в Республике Беларусь. ОУ не посещает.

Аллергологический анамнез: безмолочная диета

Анамнез сопутствующих патологий: наблюдается нефрологом с 2018 года с рецидивирующими ИМВП, тубулоинтерстициальный нефрит, ХБП С36A1. Вторичная АГ. получает терапию. Низкорослость смешанного генеза. Диффузные изменения ЩЖ. ОО. МАРС.

Наследственность: СД 2 типа у прабабушка по линии матери, у бабушки по линии отца - заболевание ЩЖ (удаление), у прадедушки по линии отца - Рак толстого кишечника

Объективные данные

Состояние больного: средней тяжести

Температура: 36.7\*С

Данные физического развития: рост: 127 см. вес: 25 кг. ВМІ 15,5; HAZ -2,18; BAZ -0,78. Физическое развитие низкое, гармоничное.

Кожа: обычной окраски, сухая

Склеры и видимые слизистые: норм.окраски

Лимфоузлы: без системного увеличения

Периферические отеки: нет

Опорно-двигательный аппарат: без особенностей

Органы дыхания

ЧД: 20 в мин.

Дыхание через нос: свободно

Дыхание: везикулярное

Форма грудной клетки: цилиндрическая

Хрипы: нет

Другие данные: ДСТ от 22.09.23 - отр

Сердечно-сосудистая система

ЧСС: 73 уд. в мин.

АД: 105 / 70 мм.рт.ст левая в/кон,

Пульс: ритмичный

Границы сердца: не изменены

Тоны сердца: приглушены

1 тон на верхушке: не изменен

2 тон акцент на: не изменен

Органы пищеварения

Язык: обложен

Живот: безболезненный мягкий

Печень: не увеличена

Желчный пузырь: безболезненный

Селезенка: не увеличена

Другие данные о состоянии органов пищеварения: стул 1 р/сут (на фоне приема а/б)

Мочеполовая система

Мочеиспускание: свободное

Нервная система

Нервная система: контактен, ориентирован правильно, в сознании

Очаговая грубая патология: нет

Инструментальные исследования

Общий анализ крови: 19/03/24 - лейкоцитоз 10.43 тыс, ускорение соэ до 34 мм/ч

Общий анализ мочи: 19/03/24 - в пределах нормальных значений

#### Данные лабораторных исследований:

CMD (Кал):

Дата: 25.03.24: Исследование уровня кальпротектина в кале - 839,000 мкг/г;

CMD (Кровь (сыворотка)):

Дата: 25.03.24: Антитела к PL-7 - Не обнаружено ; Антитела к PL-12 - Не обнаружено ; Антитела к SSA/Ro

60kD - Не обнаружено ; Антитела к SSA/Ro 52kD - Не обнаружено ; Антитела к SSB - Не обнаружено ;

Антитела к M2 - Не обнаружено ; Антитела к EJ - не обнаружено ; Антитела к OJ - не обнаружено ;

Антитела к U1- snRNP - не обнаружено ; Антитела к PM-Scl 100 - Не обнаружено ; Антитела к

миелопероксидазе (MPO) IgG, количественное определение - Не обнаружено Ед/мл; Антитела к протеиназе,

PR3 - Не обнаружено титр; Антитела к клубочковой базальной мембране почек, GBM - Не обнаружено титр;

Антитела к нуклеосомам - Не обнаружено ; Антитела к Sm (Smith) - Не обнаружено ; Антитела к Sm/RNP -

Не обнаружено ; Антитела к Scl-70 - Не обнаружено ; Антитела к Jo-1 - Не обнаружено ; Антитела к

гистонам - Не обнаружено ; Антитела к PM-Scl 75 - не обнаружено ; Антитела к dsDNA - Не обнаружено ;

Антитела к рибосомам (Rib-P) - Не обнаружено ; Антитела к PCNA - Не обнаружено ; Антитела к CENP-A/B

- Не обнаружено ; Антитела к SRP - Не обнаружено ; Антитела к Mi-2 - Не обнаружено ; Антитела к Ku - Не

обнаружено ; Антитела к f-актину - Не обнаружено ; Иммуноглобулин А - 0,080 г/л; Иммуноглобулин М -

1,400 г/л; Иммуноглобулин G - 19,080 г/л; Антитела к двухспиральной ДНК - 13,600 МЕ/мл; Антитела к

односспиральной ДНК (anti-ss-DNA) - 5,300 МЕ/мл; Антитела к ядерным антигенам, скрининг (ANA screen:

SS-A 60 и 52kDa, SS-B, RNP-70, Sm, RNP/Sm, Scl-70, centromere B, Jo-1), Ig G, полуколичественное

определение - 0,100 Инд.Поз.;

Дата: 25.03.24: Тип свечения и титр АНФ на HEp-2 - Цитоплазматический фибриллярный, 1:160. ;

Антинуклеарный фактор на клеточной линии HEp-2, полуколичественное определение - ОБНАРУЖЕНО ;

Биохимия (Кровь (сыворотка)):

Дата: 25.03.24: Калий - 4,040 (3,4 - 4,7) ммоль/л; Общий белок - 75,000 (60 - 80) г/л; Альбумин - 38,700 (38 -

54) г/л; Мочевина - 5,600 (1,8 - 6,4) ммоль/л; Билирубин общий - 15,300 (5 - 21) мкмоль/л; Щелочная

фосфатаза - 210,600 (141 - 460) Ед/л; Натрий - 138,000 (138 - 145) ммоль/л; Железо - 10,100 (9 - 21,5)

мкмоль/л; СРБ - 25,230 (0 - 6) мг/л; Триглицериды - 1,250 (0,38 - 1,26) ммоль/л; Холестерин общий - 3,280

(3,21 - 5,29) ммоль/л; Аспаратаминотрансфераза (АСТ) - 37,200 (0 - 60) Ед/л; Аланинаминотрансфераза

(АЛТ) - 22,700 (0 - 40) Ед/л; Гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП) - 9,100 (0 - 17) Ед/л; Ферритин - 22,300

(15 - 200) мкг/л; Креатинин сыворотки - 86,500 (27 - 62) мкмоль/л;

Дата: 25.03.24: Кальций общий - 2,320 (2,2 - 2,7) ммоль/л; Неорганический фосфор - 1,540 (1,07 - 1,74) ммоль/л;

Дата: 29.03.24: СРБ - 30,650 (0 - 6) мг/л;

Биохимия (Моча (разовая)):

Дата: 28.03.24: Креатинин мочи суточный - 6322,300 (7 100 - 17 700) мкмоль в сутки; Тест на микроальбуминурию - 2,690 (0 - 25) мг/л; Тест на микроальбуминурию суточный - 4,570 (0,00 - 30,00) мг в сутки; Белок в моче суточный - 0,170 (0,024 - 0,141) г в сутки; Диурез - 1,700 ( ) л; Креатинин мочи - 3719,000 (5 830 - 12 020) мкмоль/л;

Гематология (Кровь (ЭДТА)):

Дата: 25.03.24: Эритроциты, RBC - 4,100 10 в 12 ст. /л; Гемоглобин, HGB - 109,000 г/л; Гематокрит, HCT - 33,000 %; Средний объем эритроцита, MCV - 81,400 куб.мкм; Среднее содержание гемоглобина в эритроците, MCH - 26,700 пг; Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах, MCHC - 327,000 г/л; Распределение эритроцитов по объёму, RDW - 15,300 %; Количество тромбоцитов, PLT - 331,000 10 в 9 ст. /л; Средний объем тромбоцитов, MPV - 7,200 куб.мкм; Тромбоциты, PCT - 0,240 %; Распределение тромбоцитов по объёму, PDW - 15,500 %; Лейкоциты - 6,300 10 в 9 ст. /л; Нейтрофилы сегментоядерные, % - 36,600 %; Лимфоциты, % - 49,800 %; Моноциты, % - 11,900 %; Эозинофилы, % - 0,700 %; Базофилы, % - 1,000 %; Нейтрофилы, абсолютное количество - 2,370 10 в 9 ст. /л; Лимфоциты, абсолютное количество - 3,100 10 в 9 ст. /л; Моноциты, абсолютное количество - 0,750 10 в 9 ст. /л; Эозинофилы, абсолютное количество - 0,000 10 в 9 ст. /л; Базофилы, абсолютное количество - 0,100 10 в 9 ст. /л; Скорость оседания эритроцитов, СОЭ по Вестергрену - 38,000 мм/ч;

Дата: 29.03.24: Эритроциты, RBC - 4,100 10 в 12 ст. /л; Гемоглобин, HGB - 107,000 г/л; Гематокрит, HCT - 33,000 %; Средний объем эритроцита, MCV - 79,900 куб.мкм; Среднее содержание гемоглобина в эритроците, MCH - 25,930 пг; Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах, MCHC - 325,000 г/л; Распределение эритроцитов по объёму, RDW - 15,200 %; Количество тромбоцитов, PLT - 327,000 10 в 9 ст. /л; Средний объем тромбоцитов, MPV - 8,200 куб.мкм; Тромбоциты, PCT - 0,270 %; Распределение тромбоцитов по объёму, PDW - 16,300 %; Лейкоциты - 7,100 10 в 9 ст. /л; Нейтрофилы сегментоядерные, % - 46,100 %; Лимфоциты, % - 36,900 %; Моноциты, % - 14,300 %; Эозинофилы, % - 2,000 %; Базофилы, % - 0,700 %; Нейтрофилы, абсолютное количество - 3,340 10 в 9 ст. /л; Лимфоциты, абсолютное количество - 2,600 10 в 9 ст. /л; Моноциты, абсолютное количество - 1,020 10 в 9 ст. /л; Эозинофилы, абсолютное количество - 0,100 10 в 9 ст. /л; Базофилы, абсолютное количество - 0,000 10 в 9 ст. /л; Скорость оседания эритроцитов, СОЭ по Вестергрену - 47,000 мм/ч;

Клиника (Кал):

Дата: 25.03.24: Консистенция - кашицеобразный; Форма - неоформленный; Остатки непереваренной пищи - обнаружены; Реакция на скрытую кровь - положительная; Реакция на билирубин - отрицательная; Реакция на стеркобилин - положительная; Мышечные волокна с исчерченностью - единичные в препарате; Мышечные волокна без исчерченности - умеренное кол-во; Нейтральный жир - отсутствуют; Жирные кислоты - отсутствуют; Соли жирных к-т (мыла) - в скудном кол-ве; Растительная клетчатка переваримая - большое кол-во; Крахмал - большое кол-во; Йодофильная флора - отсутствует; Кристаллы - отсутствуют; Лейкоциты - отсутствуют; Простейшие - не обнаружены; Реакция - кислая; Запах - каловый не резкий; Цвет - коричневый; Дрожжеподобные грибы - не обнаружены; Яйца гельминтов - не обнаружены;

Клиника (Моча (разовая)):

Дата: 25.03.24: Альбумин - 10,000 мг/л; Креатинин - 0,900 ммоль/л; Альбумин\Креатинин - 11,100 мг/ммоль; Лейкоциты - 2,000 мкл; Лейкоциты - 0-1 в поле зр.; Кетоновые тела - 0,000 ммоль/л; Реакция на кровь - 0,000 мг/дл; Нитриты - отрицательно; Билирубин - 0,000 мкмоль/л; Уробилиноген - 3,400 мкмоль/л; Клетки плоского эпителия - единичные в препарате в поле зр.; Лейкоцитарная эстераза - 0,000 мкл; Эритроциты неизменные - 1,000 мкл; Эритроциты неизменные - 0,000 в поле зр.; Цилиндры гиалиновые - 0,000 в преп.; Неорганиз. осадок мочи (соли) - отсутствуют; Слизь - небольшое кол-во в поле зр.; Бактерии - не обнаружено в поле зр.; Сперматозоиды - отсутствуют в поле зр.; Цвет - Светло-Желтый; Прозрачность - Прозрачный; Относительная плотность - 1,005 г/мл; Реакция - 6,500; Белок - 0,000 г/л; Глюкоза - 0,000 ммоль/л;

Коагулология (Кровь (натрия цитрат)):

Дата: 25.03.24: МНО - 0,970; Протромбин по Квику - 105,000 %; Протромбиновое время - 13,000 сек; Фибриноген - 4,850 г/л; АЧТВ - 47,100 сек.;

Микробиология (Кал):

Дата: 25.03.24: Определение токсинов А и В Clostridium difficele - не обнаружены;

#### **Данные инструментальных исследований:**

Колоноскопия (25.03.2024);

Осмотрены: прямая, сигмовидная, поперечно-ободочная, слепая, и 10 см подвздошной кишки.

Подвздошная кишка: в провете небольшое количество прозрачного содержимого. Слизистая оболочка бледно-розовая, блестящая. Сосудистый рисунок четкий, виден на всем протяжении. Складки эластичные,

не утолщенные. Ворсинчатый слой выражен удовлетворительно.

Баугинева заслонка: в типичном месте губовидной формы, смыкается полностью.

Толстая кишка: просвет проходим для аппарата 12мм, соответствует отделам толстой кишки. В просвете слепой, поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки умеренное количество жидких каловых масс.

Слизистая оболочка толстой кишки с яркой диффузной гиперемией, сосудистый рисунок смазан ан всем протяжении. Складки утолщены, отечны. Морганиевы столбы без особенностей. Наружный анальный сфинктер без особенностей, смыкается полностью.

Взята биопсия (фл. 1-6): по 1 фр. слизистой оболочки слепой (фл 1), восходящей, поперечной, нисходящей и прямой (флб) кишки

Заключение (25.03.2024): Панколит. Окончательный диагноз после гистологического исследования.

Эзофагогастродуоденоскопия (25.03.2024);

Пищевод:

Просвет сохранен, свободно проходим для аппарата диаметром 9мм. В просвете небольшое количество пенной слюны. Слизистая оболочка бледно-розовая, сосудистый рисунок четкий, виден на всем протяжении. Кардия смыкается полностью.

Желудок

В просвете небольшое количество прозрачного содержимого. Слизистая оболочка с мелкоочаговой гиперемией в антральном отделе. Складки эластичные, не утолщенные. Привратник смыкается полностью.

Луковица ДПК: средних размеров, слизистая оболочка бледно-розовая

Постбульбарные отделы: в просвете небольшое количество желтой желчи. Слизистая оболочка бледно-розовая, складки эластичные, не утолщенные. Ворсинчатый слой выражен удовлетворительно. БДС не визуализируется.

Заключение (25.03.2024): Гастрит антрального отдела.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (25.03.2024);

Аппарат SIEMENS ACUSON SEQUOIA, Датчик конвексный 5C1, линейный 10L4

Вес 25 кг. Рост 127 см

Исследование проведено натощак, полипозиционно

ПЕЧЕНЬ:

Контуры ровные. Край острый

Размеры умеренно увеличены: передне-задний размер правой доли-116 мм, ККР правой доли- 122 мм, ПЗР левой доли- 53 мм, ширина левой доли 81 мм, хвостатой доли-12 мм.

Индекс I сегмента не более 30%

Эхоструктура паренхимы однородная.

Эхогенность паренхимы: изоэхогенная.

Сосудистый рисунок не изменен.

Печеночные вены не расширены.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены

Гепатикохоледох не расширен, до 2,0 мм, просвет однородный

Ствол воротной вены диаметром 9 мм.

Пупочная вена и Аранциев проток облитерированы.

Очаговые образования не определяются.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Форма неправильная - деформация в области тела, изменяется при смене положения.

Размеры 70\*21 мм.

Стенка пузыря однородная, толщиной 1 мм, внутренний контур ровный.

Содержимое полости пузыря однородное, анэхогенное, пристеночных образований не выявлено

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Контуры ровные.

Размеры железы: толщина головки 16 мм, тела 11 мм, хвоста 12 мм.

Эхоструктура железы однородная.

Эхогенность железы - изоэхогенная.

Вирсунгов проток расширен, до 2,8 мм

Очаговые изменения не выявлены

ЖЕЛУДОК расположен в типичном месте.

Контуры четкие

Толщина стенки - 3,8 мм

Содержимое натощак не определяется

Дифференцировка слоев стенки правильная

## КИШЕЧНИК

Петли кишечника расширены по правому фланку до 37 мм в поперечном размере.

Толщина стенки тонкого кишечника в проекции ДПК- 1,5 мм (осмотрена на протяжении 15 мм), подвздошная кишка 2,1 мм (осмотрена на протяжении 31 мм) толстого кишечника в проекции слепой кишки- 3,6 мм (осмотрена на протяжении 36 мм), восходящей ободочной - 2,8 мм (осмотрена на протяжении 33 мм), поперечно-ободочной-2,1 мм (осмотрена на протяжении 30 мм), нисходящей ободочной- 2,2 мм (осмотрена на протяжении 33 мм), сигмовидной- 3,8 мм (осмотрена на протяжении 38 мм). Прямая кишка достоверно не визуализирована (пустой мочевого пузыря)

Содержимое в просвете кишечника экзогенное

Васкуляризация стенки кишечника в режиме ЦДК не изменена

Перистальтика активная

Мезентериальные лимфатические узлы увеличены, в правой подвздошной области

множественные, размерами до 8,1\*10 мм, 9,7\*4,2 мм, в параумбилика с четкими, ровными краями, без усиленной васкуляризации, с сохранной кортико-медуллярной дифференцировкой.

Свободная жидкость между петлями кишечника в правой подвздошной области определяется до 11,5 мм, в латеральных каналах, малом тазу (при пустом мочевом пузыре) не определяется.

## СЕЛЕЗЕНКА

Контуры ровные.

Размеры 104\*40 мм.

Эхоструктура паренхимы однородная.

Эхогенность паренхимы изоэхогенная.

В воротах определяется изоэхогенное округлое образование с четким, ровным контуром, васкуляризацией, размерами 12,4\*11 мм

Селезеночный индекс 5,88 (норма 2-4)

Заключение (25.03.2024): Эхо-признаки гепатоспленомегалии. Дилатация вирсунгова протока. Умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. Косвенные эхографические признаки колита (локализация в слепой, восходящей ободочной, сигмовидной кишках)

Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с дуплексным сканированием (25.03.2024);

Аппарат SIEMENS ACUSON SEQUOIA, Датчик конвексный 5C1, линейный 10L4

Вес 25 кг. Рост 127 см

## ПОЧКИ

Топография: положение типичное

Контуры четкие, ровные.

Размеры правой 84\*35\*40 мм, левой 78\*31\*33 мм.

Индекс почечной массы справа - 0,24 %, слева- 0,17 %, общий- 0,4 % (норма)

Паренхима слева 12 мм, справа 11 мм. Эхо-структура паренхимы гетерогенная: в проекции нижнего полюса левой почки определяется округлое анэхогенное образование, с четким, ровным контуром, аваскулярное, размерами 3,8\*4,0 мм Кортико-медуллярная дифференциация сглажена с 2х сторон

Чашечно-лоханочная система не расширена. Справа в области лоханки утолщение стенки до 1,7 мм.

Дополнительных образований в проекции надпочечников не выявлено.

Кровоток симметричный, не обеднен. На магистральной артерии справа V max 0,62 м\сек, RI 0.76. Слева- V max 0,58 м\сек, RI 0,73

При переходе в вертикальное положение существенного смещения почек не выявлено

Мочевой пузырь - объем 30 см<sup>3</sup>

Толщина стенки 2 мм (не утолщена), внутренний контур стенок ровный, четкий.

Мочеточники не расширены

Надпочечники Форма не изменена. Контуры ровные.

Заключение (25.03.2024): Эхо-признаки диффузных изменений паренхимы почек без уменьшения индекса почечной массы и нарушения ренальной гемодинамики. Косвенные эхо-графические признаки пиелита справа. Киста левой почки.

Регистрация, расфифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (25.03.2024);

ЧСС - 73 (69-80) уд/мин.

P - 0,06 сек.

PQ - 0,12 сек.

QRS - 0,08 сек.

QT/QTc - 0,37-0,39/0,42-0,43 сек.

Заключение (25.03.2024):

Нормальное положение ЭОС. Умеренная брадикардия, умеренная аритмия на фоне миграции водителя

ритма из синусового узла в миокард правого предсердия. Повышение электрической активности миокарда левого желудочка.

В ортостазе: прирост ЧСС 41%. Ритм синусовый с ЧСС 103 (97-109) уд/мин. Умеренная тахикардия, умеренная аритмия. Некоторое ухудшение процесса реполяризации по задней стенке миокарда левого желудочка. Продолжительность интервалов QT/QTc 0,33/0,42-0,44 сек. (норма до 0,44 сек.). В остальном без значимой динамики.

МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (28.03.2024);

Контрастное усиление: в/в болюсно, йогексол 350 - 35 мл

На серии компьютерных томограмм кишечник недостаточно заполнен.

- Отмечается утолщение стенок на всем протяжении толстой кишки до 6 мм, с признаками активного мукозального накопления контрастного препарата; на уровне нисходящего отдела гаустрация сглажена, просвет сужен до 3 мм без убедительных данных за наличие стеноза.

- Наличие фистул, стенозов, абсцессов: нет.

- Органы брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза: печень увеличена вертикальным размером до 132 мм, селезенка увеличена вертикальным размером до 91 мм, в остальном - без особенностей.

- Сосуды: без видимых изменений.

- Лимфатические узлы: мезентериальные - множественные в виде конгломератов лимфоузлов до 7-8 мм по короткой оси.

- Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

- В мягких тканях патологических изменений не выявлено.

- Костные структуры: без травматических и деструктивных изменений.

Заключение (28.03.2024): КТ-картина панколиты без явных признаков стеноза, мезентериальной лимфаденопатии, гепатоспленомегалии.

**Консультации:** Консультация врача специалиста НЕФРОЛОГ (28.03.2024)

Заключение (28.03.2024): Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, латентное течение. ХБП С3а.

Киста левой почки. Осложнение: Вторичная артериальная гипертензия.

Рекомендации:

1 - Диспансерный учет нефролога по месту жительства

2 - Соблюдение достаточного питьевого режима. Суточная потребность в жидкости составляет не менее 40 мл/кг

3 - Продолжение приема амлодицина 2,5 мг\сут,эналаприла 2,5 мг длительно постоянно. Под контролем АД 2 раза в день с ведением дневника.

4 - Проведение биохимического анализа крови ( белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, фосфор, кальций, альбумин, холестерин, мочевины, мочевая кислота) через 4 мес, затем , 1 раз в 6 мес

5 - Определение цистатина С в сыворотке крови , уровень паратгормона 1 раз в 6 мес . КЩС крови

6 - Суточная микроальбумия 1 раз в 2 мес .

7 - УЗИ почек, мочевого пузыря с оценкой ренальной гемодинамики 1 раз в 6 мес.

8 - Амбулаторно контроль общего анализа мочи 1 раз в 1 мес. ( дополнительно при ОРЗ)

9 - Контроль АД, ЧСС 2 раза в день с ведением дневника.

10 - На момент осмотра абсолютных противопоказаний к проведению необходимого в рамках основного заболевания рентгенологического обследования нет. С целью профилактики контраст-индуцированной нефропатии, пациенту рекомендовано назначение инфузионной терапии перед проведением исследования с контролем диуреза в течение 1-3 суток после введения РФП, контроль уровня креатинина, мочевины, электролитных нарушений ( уровень калия, натрия), КЩС , ОАМ через 6,12,24 часов после проведения процедуры. Осмотр при необходимости в динамике

**Особенности течения заболевания:** Ребенок поступил в отделение гастроэнтерологии для детей НКЦ №2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского" НИИ педиатрии и охраны здоровья детей с целью обследования и коррекции проводимой терапии.

В отделении было проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование в соответствии с Клиническими рекомендациями по обследованию и терапии язвенного колита у детей, по результатам которого был установлен клинический диагноз - K51.8 Язвенный колит, тотальный (E4), гормонзависимый вариант, низкой степени клинической и эндоскопической активности (PUCAI 20 баллов, UCEIS 3 балла), высокой степени морфологической активности (Nancy 3 балла), непрерывно-рецидивирующее течение. С тяжелой атакой в анамнезе (S0). Сопутствующие заболевания: Хронический антрум-гастрит, подострое течение. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, латентное течение. ХБП С3а. Киста левой почки. Анемия легкой степени смешанного генеза. Селективный дефицит IgA. Осложнения: Вторичная артериальная гипертензия.

В рамках обследования выявлены лабораторные, эндоскопические и морфологические признаки



воспалительной и иммунологической активности, а также признаки течения язвенного колита с формированием гормонзависимости и формакорезистентности и развитием хронического поражения почек, в том числе на фоне длительного применения нефротоксических препаратов. В связи с ранним дебютом заболевания в настоящее время нельзя исключить течения ПИД синдрома. Показана плановая консультация иммунолога в ДГОИ им. Д. Рогачева.

На основании клинической картины, учитывая рецидивирующий характер течения основного заболевания, умеренную воспалительную, иммунологическую и эндоскопическую активность, высокую морфологическую активность, а также низкую эффективность проводимых ранее схем терапии, включающих применение 5-АСК, цитостатиков и анти-ФНО препаратов Инфликсимаб и Адалимуаб, отсутствие других противопоказаний к препарату у пациента, а также в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ и Распоряжением Правительства Российской Федерации от 16.05.2022 №1180-р «Об утверждении перечня заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению» врачебной комиссией принято решение о целесообразности применения иммуносупрессивного биологического препарата с селективным воздействием на кишечник (гуманизированные моноклональные антитела IgG1) ведолизумаб в дозе 10мг/кг по схеме индукции 0/2/6/8 и клиническим рекомендациям по лечению Язвенного колита у детей. Терапию начать по месту жительства. Заключение (выписка из протокола) ВК будет выслана по месту жительства. В отделении проведен курс деконтаминационной и заместительной терапии. С учетом наличия коморбидных состояний ребенок консультирован нефрологом, даны рекомендации.

За время пребывания в стационаре состояние ребенка сохранялось стабильным с положительной динамикой клинически. Выписывается из отделения под наблюдение специалистов по месту жительства.

**Проведившееся лечение:** Медикаментозное лечение

Амлодипин 2,5 мг\сут

Эналаприл 2,5 мг\сут

Железа карбоксимальтозат 400 мг внутривенно капельно однократно (29.03.2024).

Цефтриаксон 1250мг в сут. внутривенно капельно с 27.03.2024 (N7)

Стерофундин 400мг внутривенно капельно с 28.03.2024 (N3)

**Процедуры:** Ингаляционный масочный наркоз 3 ASA (1 час): (25.03.2024)

Пациент доставлен в эндоскопический кабинет в 16:10. нАД 99/60 мм рт. ст., ЧСС 120/мин, ритм по ЭКМ синусовый. ЧД 23/мин, дыхание пуэрильное, проводится по всем легочным полям. SpO2 99% при FiO2 0.21. Ткожн 36,6С.

Мониторинг SpO2, нАД, ЭКГ, ЧД. Венозный доступ - ПВК Braun 22G - вена левого предплечья - осуществлен в профильном отделении накануне вмешательства, катетер функционирует.

С целью индукции общей анестезии ингаляционно через лицевую маску Севофлуран - 8 Vol.% в течение 5 мин, по достижению адекватной глубины анестезии выполнена ЭГДС. Далее - аппаратно-масочная анестезия Севофлураном 1,5-3,0 Vol. % в потоке кислорода 1,5 л/мин, воздуха 1,5 л/мин во время колоноскопии.

Во время анестезии гемодинамика стабильная нАД 96-118/54-81 мм рт. ст., ЧСС 102-120/ мин, SpO2 99%, ЧД 17-22/мин.

Во время процедуры проводилась инфузионная терапия в/в р-р Рингера - 300,0.

В 16:40 ребенок в остаточной медикаментозной седации (RASS-1) переведен в палату пробуждения.

Мониторинг в палате пробуждения - SpO2, нАД, ЧСС, ЭКГ, ЧД.

В 17:10 пациент переведен в профильное отделение в состоянии ясного сознания. ПВК сохранен по просьбе лечащего врача. Осложнений нет.

**Результаты лечения:** законченный случай госпитализации

**Результаты гистологических исследований:** Исследование № 2512/1

Фрагмент слизистой оболочки толстой кишки с неравномерным распределением крипт в собственной пластинке, наличием в ней выраженной лимфоплазмочитарной воспалительной инфильтрации с примесью эозинофилов и нейтрофилов. Гистоархитектоника крипт сохранна.

Хронический колит в стадии обострения.

K63.8 29004

Исследование № 2513/1

Фрагмент слизистой оболочки толстой кишки с неравномерным распределением крипт в собственной пластинке, наличием в ней выраженной лимфоплазмочитарной воспалительной инфильтрации с примесью эозинофилов и нейтрофилов. Гистоархитектоника крипт сохранна.

Хронический колит в стадии обострения.

K63.8 29004

## Исследование № 2514/1

Фрагмент слизистой оболочки толстой кишки с неравномерным распределением крипт в собственной пластинке, наличием в ней выраженной лимфоплазмочитарной воспалительной инфильтрации с примесью эозинофилов и нейтрофилов. Гистоархитектоника крипт сохранна.

Хронический колит в стадии обострения.

K63.8 29004

## Исследование № 2515/1

Мелкий фрагмент слизистой оболочки толстой кишки с неравномерным распределением крипт в собственной пластинке, наличием в ней выраженной лимфоплазмочитарной воспалительной инфильтрации с примесью эозинофилов и нейтрофилов. Гистоархитектоника крипт сохранна.

Хронический колит в стадии обострения.

K63.8 29004

## Исследование № 2516/1

Фрагмент слизистой оболочки толстой кишки с неравномерным распределением крипт в собственной пластинке, наличием в ней выраженной лимфоплазмочитарной воспалительной инфильтрации с примесью эозинофилов и нейтрофилов. Гистоархитектоника крипт сохранна.

Хронический колит в стадии обострения.

K63.8 29004

## Исследование № 2517/1

Фрагмент слизистой оболочки толстой кишки с неравномерным распределением крипт в собственной пластинке, наличием в ней выраженной лимфоплазмочитарной воспалительной инфильтрации с примесью эозинофилов и нейтрофилов. Часть крипт с реактивными изменениями эпителия. Гистоархитектоника крипт сохранна.

Хронический колит в стадии обострения.

K63.8 29004

**Рекомендации пациенту:** - Наблюдение гастроэнтеролога, нефролога и иных смежных специалистов по месту жительства

- Плановая консультация иммунолога в ДГОИ им. Д. Рогачева (г. Москва). Заключение предоставить лечащему врачу.

- Придерживаться диеты №4 с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике. Питаться дробно, небольшими порциями, 4-6 раз в сутки. Диета должна быть механически и химически щадящей с повышенным содержанием белка, витаминов.

- Дополнительное питание - смесь Суппортан 200мл x2 в сутки - ежемесячно, ежеквартально, в течение года.

- Избегать переохлаждения, повышенной инсоляции, контактов с инфекциями, применения любых иммуностимулирующих препаратов, физиотерапевтических процедур, гомеопатического и нетрадиционного лечения, психических и физических перегрузок. Минимизировать воздействие стрессорных факторов.

- Щадящий режим физических нагрузок (исключить интенсивные физические нагрузки, прыжки в высоту, длину и пр.). Разрешены: ходьба, йога, плавание и прочее.

- В качестве противовирусной терапии разрешен умифеновир, осельтамивир. При необходимости в антибактериальной терапии предпочтение отдавать макролидам или цефалоспорином.

- Контроль клинического анализа крови с СОЭ ежемесячно и при ОРВИ, биохимического анализа крови (АЛТ/АСТ, ГГТ, общий белок, альбумин, железо, ферритин, общий билирубин, СРБ, ЩФ, мочевины, креатинин, мочевиная кислота, общий IgG) ежемесячно и при ОРВИ.

- Контроль фекального кальпротектина - 1 раз в 3 месяца или при ухудшении клинической картины.

- Контроль общего анализа мочи 1 раз в месяц.

- Контроль УЗИ органов брюшной полости каждые 6 месяцев и при ухудшении клинической картины.

- Проведение ЭГДС и колоноскопии через 6 месяцев.

- Плановое проведение бактериологическое исследование кала по методу Осипова (лаборатория Хеликс, к примеру). Предоставить результаты лечащему врачу.

## ТЕРАПИЯ:

- Инициация курса Ведолизумаба из расчета 10мг/кг (не более 300мг) по схеме 0/2/6 и далее каждые 8 недель по месту жительства.

- Колекальциферол 1500МЕ в сутки (без повышения дозировки), днем - длительно. Контроль уровня витамина Д в крови на фоне приема препарата каждые 3 месяца. Коррекция дозы по результатам.

- "Энтеролактис Фибра ®" 1 пакетик утром, растворить в стакане воды комнатной температуры и выпить, не

применять теплую воду - в течение месяца. Курс повторять каждые 3 месяца. Терапию начать после сдачи анализа кала по методу Осипова!

- Левокарнитин 10 капель x2 раза в сутки в течение месяца. Курс повторять каждые 3 месяца, длительно.
- При вздутии живота Симетикон по 2 капсуле x4 раза в сутки - симптоматически.
- При учащении стула - "Смекта®" 1 пак. x3 раза в сутки или Адиарин® 1 пак. x4 раза в сутки.
- При боли в животе - Гиосцина бутилбромид 1 таб. x3 раза в сутки - 5 дней или Дротаверин 40мг симптоматически (не более 2х таб. в сутки).

- Вакцинация по индивидуальному графику (иммунизацию следует проводить инактивированными вакцинами, включая введение вакцины против вируса гриппа(ежегодно), антипневмококковой вакцины и вакцины против вируса гепатита).

- Проведение пробы МАНТУ и Диаскин-тест 2 раза в год. КТ ОГК ежегодно.

- Учитывая наличие у ребенка тяжелого инвалидизирующего заболевания и необходимости в мероприятиях по реабилитации и абилитации показано направление на МСЭ для рассмотрения вопроса о продлении инвалидности.

- Повторная госпитализация в отделение гастроэнтерологии для детей НКЦ №2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского" НИИ педиатрии и охраны здоровья детей 16.04.2024 года (по согласованию с лечащим врачом)

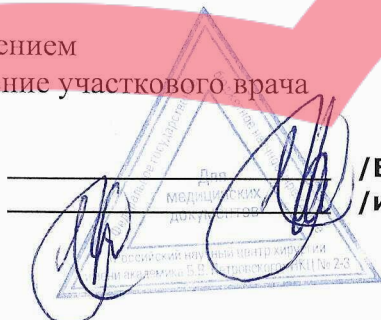
**Исход заболевания:** с улучшением

**Направлен:** наблюдение участкового врача

**Подписи**

**Лечащий врач:**

**Зав. отделением:**



/БЕССОНОВ Е.Е./

/и.о. БЕССОНОВ Е.Е./

Дата: 03.04.2024

Дата: 03.04.2024