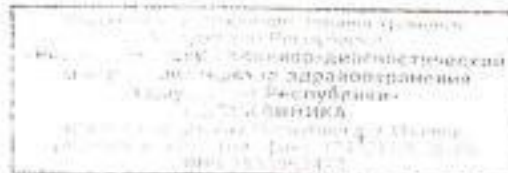


ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 11475  
КРУПИН АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ, 19.05.04.  
Адрес: г. Ижевск, ул. Тимирязева, 13-216  
Находился на лечении с 23.07.13 по



КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:  
ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА, ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА. СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ЛЕВОСТОРОННЕЙ  
ОРБИТОЭКТОМИИ ОТ ЯНВАРЯ 2012Г. С-М ИЦЕНКО-КУШИНГА. ОЖИРЕНИЕ 2СТ. СИСТЕМНЫЙ  
ОСТЕОПОРОЗ. **Благотворительный фонд**

Жалобы на тошноту и повторяющуюся рвоту, боли в животе после приема метотрексата в таблетках (отечественного производства).

Поступил для коррекции лечения: Метотрексат в таблетках заменить на методжект.

Наблюдается с ноября 2010г. Появился отек левого века. Обследован. Проведена МРТ. Выявлено объемное образование в глазнице. Прооперирован в институте Гельмгольца. по результатам гистологии был выставлен диагноз Гранулематоз Вегенера. Консультирован в ММА им. Сеченова. (лечился в апреле 2013г). Назначен метипред 25мг/с, с последующим снижением дозы. В настоящее время 1,5 т метипреда, с апреля метотрексат 12,5мг/ нед в табл.

Объективно. Состояние удовлетворительно. Повышенного питания. Зев спокойный. В легких везикулярное дыхание. Тоны ритмичные, громкие. Живот мягкий, б/б печень(-). АД-100/60. ЧСС-88. вес-45. рост- 137см. S-1.31 м2.

Лечение: метипред, методжект 10мг в/м 23.07.13, методжект 12,5мг-30.07.13, фолиевая к-та, маалокс кальций

ДЗ.

на крови (29.07.13)

Нв	Эр	Лейк	ЦП	Тр	п	с	М	л	Э	СОЭ
131	4,38	8,0		253	1	40	9	49	1	
РБ	0,01	С3		1,42		Ig A г/л	0,96	ФК		3,99
АСТ	26	С4		0,17		Ig M г/л	1,57	ПТ время		32,46
АЛТ	23	ЦИК		7,7		Ig G г/л	9,13	МНО		112
креатинин	70	ХС		5,0		АСЛ О	23,0	Калий		3,57
СФК	86	ТГ		1,6		РФ	4,8	натрий		140,8
люк	4,41									

на мочи (29.07.13.) без патологии.

ЭКГ. (24.07.13) ритм синус. Гориз ЭОС. НБПНПГ. Синусовая аритмия.

Эндокринолог. Вторичное ожирение 2ст. с-м иценко- кушинга.

Рекомендовано: диета дробная, продолжить кальций ДЗ,УЗИ щ/ж.

ЛОР.(23.07.13). серные пробки. Рекомендовано- ремовакс 3-20к\*3р 10 дней.

Окулист. ( 23.07.13) оперированный псевдотумор орбиты слева. Выражена светобоязнь.

Рекомендован тауфон 4% \*3р 1 мес.

Рекомендовано:

- «Д4» у ревматолога, окулиста, ЛОР.
- прививки отменить, пробу Манту проводить по плану.
- желательно обучение на дому в течение года.
- избегать переохлаждений, инсультаций, контакта с острыми инфекционными больными, укусов насекомых.
- физкультурная группа по возрасту, ЛФК
- консультации ЛОР и окулиста **ежегодно**
- Соблюдение диеты 5 с исключением жирных, жареных, острых блюд, копченостей, пряностей, крепких бульонов, консервов, грибов, сильно газированных напитков, шоколада, кофе, крепкого чая. Принимать продукты, богатые кальцием (творог, молоко, нежирные сыры) и бифидофлорой ( биоогурты, бифидок) + кисломолочные продукты, сухофрукты,
- Продолжить терапию:
- метипред 6мг/сут
- Метотрексат 12,5 мг/нед в/м 1 раз в неделю. При тошноте подавать церукал или мотилак.
- Фолиевая кислота 1мг/день ежедневно, кроме дня метотрексата
- Кальций ДЗ 500мг/с.
- Гепатопротекторы курсами ( эссенциале, гептрал, хофитол и др)
- Тюбажи с желчегонными травами 2р/нед ( четверг, понедельник)
- Контроль за общими анализами крови 1 раз в 3 нед ( при снижении тромбоцитов ниже 180 тыс, лейкоцитов 4,0 x 10<sup>9</sup>/л, эритроцитов 3,0x10<sup>10</sup>/л - отмена метотрексата), контроль трансминаз 1 раз в мес ( при повышении АСТ, АЛТ в 3 раза - отмена метотрексата). На фоне ОРВИ при повышении температуры отмена метотрексата. Через 7 дней при нормализации показателей возобновить прием метотрексата в прежней дозе.



Лечащий врач Иванова Е.Ю.  
Зав. отделением Иванова Е.Ю.

**Подарки ЗАБТРА!**  
Благотворительный фонд



государственное бюджетное образовательное учреждение  
 высшего профессионального образования  
 Первый Московский государственный медицинский  
 университет имени И.М. Сеченова  
 Министерства здравоохранения Российской Федерации  
 Университетская детская клиническая больница  
 Клинический институт трансулематоз  
 орбиты (ИИТ) № 192/12  
 ул. Давыдовская, д. 15  
 тел. 8(499)241-23-15  
 сайт: www.istm.ru

Выписной эпикриз из истории болезни № 12214/253  
 Крупин Александр, 19.05.2004 гр (8 лет),  
 находившегося в детском ревматологическом  
 \* отделении УДКБ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова  
 С 18.03.13 по 26.03.13 г

Вегенера, локализованная форма, состояние после левосторонней  
 экзофтальм. Медикаментозный с-м Иценко-Кушинга, ожирение 2 ст,

**Астрофический ринит.**

Жалобы при поступлении: на умеренную асимметрию глазных щелей.

Анамнез жизни: мать болеет гипертонической болезнью на фоне анемии, отеков в III триместре. Роды срочные на 38 неделе, со стимуляцией. По Апгар 8/6 баллов. Вес при рождении 3800 г, рост 56 см. Вскармливание грудное до 2-х месяцев, затем смешанное. Раннее физическое и психическое развитие по возрасту. Перенесенные заболевания: на втором году – о-стоматит, частые ОРВИ до 5-6 раз в год позднее – гнойный конъюнктивит, в 2008 г- хронический аденоидит, аденоиды II-III ст с января 2011 г. В марте 2006 г перенес ветряную оспу. Прививки по календарю. Последняя реакция Манту – от 8.02.13 г – отрицат.

Семейный анамнез: есть сестра 21 г (вес при рождении 3500 г, 52 см).

Анамнез заболевания: Ребёнок болен с ноября 2010 г, когда впервые отметили отёк левого века на фоне ОРВИ. Обследовался по месту жительства. 9 декабря 2011 г проведено МРТ головного мозга – МР – признаки интраканального объёмного образования в проекции мышши, поднимающей верхнее веко и верхней прямой мышши, с распространением на верхнее веко. МР-признаки умеренной ассиметричной внутренней гидроцефалии. В январе 2012 г находившись в институте глазных болезней им Гельмгольца, была проведена поднадкостничная орбитотомия. В ходе операции выявлены выраженные фиброзно изменённые ткни орбиты под верхней орбитальной стенкой с вовлечением в процесс половины слезной железы. Гистологическое исследование от 26.01.12 г – некротизирулематозное воспаление с деструктивно-продуктивными васкулитами, выраженным развитием фиброза. DS при выписке: OS- псевдотумор орбиты, состояние после поднадкостничной орбитотомии. OD – здоров. МРТ от 04.07.2012 г – состояние после оперативного лечения новообразования левой орбиты. Данных за рецидив на момент исследования не выявлено. В июле 2012 г был консультирован доц. Шпитонковой О.В. - рекомендовано: метипред 0,8 мг/кг 2х раз сут, затем в августе уменьшение дозы. На сегодняшний день доза метипреда 8 мг (2 таб). Поступает в отделение впервые для обследования и коррекции терапии.

При поступлении: состояние средней степени тяжести по основному заболеванию. Рост 137см, вес 46,5 кг. Мальчик правильного телосложения, подкожная клетчатка развита избыточно. Кожные покровы: чистые. ЛУ единичные, мелкие. В легких дыхание, проводится равномерно по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 88 в минуту, АД 117/56 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам, дисурических явлений нет.

**Данные лабораторно-инструментальных методов обследования**

1. **Общий анализ крови**

Дата	Hb	Эр.	Тр.	Лей.	Пал.	Сегм.	Мон	Лим.	Эоз.	Баз.	пл.кл	СОЭ
19.03	138	4,51	209	8,43	1	39	12	47	1	-	-	5

2. Биохимическое исследование крови от 19.03.13 г: общий белок 73,6 г/л (норма 65-85), креатинин 0,69 ммоль/л (0,5 – 1,2), глюкоза 4,5 ммоль/л (норма 4,1-5,9), общий билирубин 12,8 мкмоль/л (норма 5,0-21), АСТ 32 (норма до 35), АЛТ 20 (норма до 30), кальций 2,09 ммоль/л (норма 2,08-2,65), КФК -45 (норма до 200), ЛДГ 246 ед/л (норма до 450), щелочная фосфатаза 120 ед/л (норма 0-270), азот мочевины 5,7 ммоль/л, Г-ГТ 15 ед/л (норма 5-61), мочевиная к-та 286,7 ммоль/л (N), альбумин 47,4 г/л, общий холестерин 6,07 ммоль/л, натрий 139 мэкв/л, калий 3,8 мэкв/л, амилаза 93,3 ед/л.

3. Коагулограмма от 19.03.13 г: АЧТВ 0,90 (N), протромбиновый индекс 98 (N), фибриноген 3,60 (N), тромбиновое время 33 (N), FM – тест <20.

4. HBS-Ag – отрицат.

5. Иммунологическое исследование крови от 19.03.13 г: комплемент – 30 гем.ед.(норма), СРБ – отр, РФ-отр. Титр АСЛО 0 Ме/мл (норма до 125). сANCA (а/г к протеиназе 3) 0,24 Ед/мл, рANCA 0,2 Ед/мл (N).

6. Общий анализ мочи от 19.03.13 г: pH – 7, прозрачность: полная, глюкозы, белка нет, эпителий плоский – ед. в препарате, лейкоц. ед в п/р, эритроц. – ед. в препарате.

7. ЭКГ от 19.03.13 г- Синусовая тахикардия. Горизонтальное направление эл оси сердца.

8. УЗИ почек от 22.03.13 г: мочевого пузыря 55x50x82 мм (V=128 мл), стенка N, контур ровный, небольшое количество рыхлого осадка. Левая почка 92x36 (14)x48 мм, ЧЛК 5 мм (N). Правая почка 93x46(14,5)x50 мм, ЧЛК 6 мм (N). Дифференцировка слоев сохранена, кровоток при ЦДК регистрируется по всей длине. Остаточное количество мочи лежа/стоя в пределах нормы.



9. микроскопическое исследование операционного материала от 21.03.13 г. В препаратах картина склероза с хроническим воспалением и пролиферативно-деструктивными васкулитами. Заключение: найденные изменения укладываются в болезнь Вегенера.

10. Консультация профессора Подчерняевой Н.С., доцента з/о Шпитонковой О.В. - ребенок с локализованной формой гранулематоза Вегенера был оперирован в январе 2012 г, гранулема была удалена. С июля 2012 г. получает базисную терапию ГК - максимально доза составляла 0,8 мг/кг в сутки в течение 4-х недель, к настоящему времени доза снижена до 8 мг/сут метипреда. Выражен медикаментозный синдром Иценко-Кушинга, прибавка массы тела составила 13 кг. Отмечается асимметрия ширины глазных щелей (D > S), отека век нет, жалоб на нарушение зрения нет. Планируется подключение второго базисного препарата (методжект/ метотрексат) и снижение дозы метипреда.

Консультация ЛОР - врача от 26.03.13 г. - явления атрофического ринита. Рекомендации даны.

В отделении получал лечение: метипред 8 мг/сут, мвалокс 1 пак на ночь, Са ДЗ никомед 500 мг/сут. Состояние за время наблюдения оставалось средней тяжести по заболеванию, жалоб активно не было. При выписке состояние стабильное. За время госпитализации не было отмечено эпизодов повышения АД.

Контакта с инфекционными больными не было.

**Рекомендации:**

1. Наблюдение педиатра, ревматолога, окулиста по месту жительства, для предотвращения генерализации процесса.
2. Необходимо оформление инвалидности по месту жительства!
3. Соблюдение диеты: исключение жирного, жареного, копченого, маринадов. Питание дробное - 5 раз в день, маленькими порциями.
4. Базисная терапия:
  - метипред 8 мг/сут, снижение дозы до 6 мг/сут (по 1/4 т 1 раз в 4 нед), снижать через неделю после подключения метотрексата.
  - метотрексат 12,5 мг/нед. (из расчета 10 мг/м<sup>2</sup>) длительно под контролем уровня лейкоцитов в общем анализе крови (не менее 4 тыс), трансаминаз. При присоединении интеркуррентных заболеваний - прерывание приема препарата. Метотрексат Эбеве (Австрия).
  - фолиевая к-та 0,001 г 1 т ежедневно, кроме дней приема метотрексата.
  - СаДЗ никомед 500 мг/сут.
  - мвалокс 1 пак на ночь.
5. Избегать инсоляции (воздействие прямых солнечных лучей, УФО), переохлаждения, стрессов.
6. Отвод от профилактических прививок, кроме реакции Манту.
7. Ежедневные занятия ЛФК.
8. Рекомендации ЛОР - врача: ингаляции физ р-ром для увлажнения слизистой, аппликации масляного раствора вит «А».
9. Контроль анализов крови и мочи 1 раз в 2 недели. После начала приема метотрексата б/х ан. крови - определять уровень трансаминаз через неделю после приема (3 раза в первый месяц), затем 1 раз в 1 месяц.

**Все препараты назначены по жизненным показаниям, самостоятельно не отменять!**

Зав. отделением

Шпитонкова О.В.

Леч. врач

Каншина А.А.

Подаря ЗАБРА!  
Благодарительный фонд



Подаря ЗАБРА!  
Благодарительный фонд