

Наименование отделения (структурного подразделения): 406. Пульмонологическое отделение

Номер медицинской карты:

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии): БЕГИШЕВА ВАЛЕРИЯ ЕГОРОВНА

Дата рождения:

Пол: Жен

Регистрация по месту жительства:

Регистрация по месту пребывания:

Состояние при поступлении:

Поступил: Круглосуточный стационар

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с 11.07.2024 по 24.07.2024

Количество дней нахождения в медицинской организации: 13

Исход госпитализации: Выписан

Результат госпитализации: улучшение - 2

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1

Автоматически именованное поле:

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации:

Полисе обязательного медицинского страхования: 1897589772000127

Заключительный клинический диагноз:

Диагноз основной (расшифровка):

Основное заболевание: Q33.8 Первичная цилиарная дискинезия. Хронический гнойный обструктивный бронхит, средней степени тяжести, обострение. Фиброателектаз, бронхоэктазы SV правого легкого. Хронический бронхолит, средней степени тяжести, вне обострения. Респираторная микоплазменная инфекция (M. pneumoniae).

Хронический риносинусит, вне обострения обострение. Хронический двусторонний средний отит?

Осложнение - Хроническая ДН 1 (первой) степени степени.

Сопутствующий - Мезентериальная лимфоаденопатия. Бронхиальная астма, неатопическая, средней степени тяжести, ремиссия. Аденоид 2 степени в анамнезе. Дефицит массы тела.

Лекарственная непереносимость (в анамнезе): фенотерол (в составе ипратропия бромид+фенотерол) - тремор рук, сердцебиение. Кларитромицин (суспензия "Клацид") боли в животе.

Особенности течения заболевания у Бегишевой Валерии:

Медленно-прогрессирующее течение.

Нормальные значения оксида азота в выдыхаемом воздухе ("не T2" воспаление).

Более выражен процесс со стороны бронхов, относительно ЛОР-органов.

Трудности экспекторации мокроты.

Жалобы: на кашель продуктивный с небольшим количеством мокроты, одышку отрицает, лечение получает по плану, в полном объеме. Проведена ингаляционная терапия "Флуимуцил-антибиотик", после чего впервые нет высевов гемифильной палочки из бронхиального секрета. На момент госпитализации носовое дыхание свободное, боли в ушах не беспокоили.

Анамнез жизни: Родилась доношенной. Бытовые условия хорошие. Тубконтакт отрицает.

Анамнез заболевания: Диагноз "Первичная цилиарная дискинезия" клинически не вызывает сомнений, типичное прогрессирующее течение. Получает курсы ацетилцистеина внутрь и ингаляции "Флуимуцил+антибиотик". Заболевание протекает на фоне бронхиальной астмы, базисная терапия которой проводилась ИГКС+ДДБА (сальметерол+флутиказон 50+250 мкг/сутки) и тиотропия бромидом (раствор). Диагноз "Бронхиальная астма средней степени тяжести" установлен в феврале 2017г. Базисная терапия: ипратропия бромид, будесонид суспензия, далее с июня 2019г Сальметерол+флутиказон по 25+125 мкг 2 раза в день с использованием спейсера и тиотропия бромид. Лечение бронхиальной астмы проводилось непрерывно. Обострения бронхиальной астмы возникали 4 раза в год на фоне респираторных инфекций. В период между обострениями заболевания сохраняется постоянный продуктивный кашель. В декабре 2019г стационарное лечение в пульмонологическом отделении БУЗ УР "РДКБ МЗ УР", проведена трахеобронхоскопия (двусторонний диффузный бронхит 3 степени активности воспаления (обилие гнойного секрета при малопродуктивном кашле и отсутствии хрипов при аускультации). Бакпосев бронхиального секрета - рост гемолизующего стрептококка и H.influezae. При спирометрии в 2019 году вентиляционных нарушений не выявлено. После выписки рекомендовано обследование в ФГБОУВО "СПб ГПМУ" для подтверждения диагноза "Первичная цилиарная дискинезия". В октябре 2020г проведено стационарное лечение в ФГБОУВО "СПб ГПМУ" (Санкт-Петербург) с диагнозом "Хронический бронхолит (эндоскопически двусторонний гнойный эндобронхит). Бронхиальная астма, средней степени. Хронический аденоидит". Заключение по браш-биопсии слизистой бронхов; "Не исключается первичная цилиарная дискинезия", по браш-биопсии со слизистой носа данных за первичную цилиарную дискинезию не получено. Диагноз "Бронхиальная астма" подтвержден, назначена терапия Сальметерол+флутиказон 25+125 мкг по 1 дозе 2 раза в день, тиотропия бромид раствор 5 мкг/сутки. Диагноз "Первичная цилиарная дискинезия" в 2019 году предполагался, в связи с чем назначена терапия: ингаляции флуимуцил-антибиотик курсами, ингаляции гипертонического раствора 5% постоянно. Повторное стационарное лечение и обследование в ФГБОУВО "СПб ГПМУ" в июне 2021г. По браш-биопсии слизистой бронхов заключение: "Не исключается первичная цилиарная дискинезия", по браш-биопсии слизистой носа "Вероятна первичная цилиарная дискинезия". В феврале 2022г перенесла новую коронавирусную инфекцию, наблюдалось обострение бронхо-легочного процесса. В мае 2022г. стационарное лечение в пульмонологическом отделении БУЗ УР "РДКБ МЗ УР" (Ижевск). При КТ легких и средостения выявлены признаки правостороннего S5 сегментарного фиброателектаза. Бронхоскопия - диффузный бронхит 2 степени активности. При спирометрии: вентиляционные нарушения умеренные по обструктивному типу, ВН 1 степени.

Объективный статус при поступлении 11.07.2024г.: Состояние средней степени тяжести по заболеванию. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Носовое дыхание умеренно затруднено. Катар в глотке нет, миндалины чистые. Перкуторный тон легочный, с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, хорошо проводится, хрипы единичные среднепузырчатые выслушиваются слева по передне-аксиллярной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧДД 20. ЧСС 85.. АД 99/61 мм рт. ст. Сатурация 99%.

Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Физическое развитие на 29.12.2023. Рост: 126 см (z-score: -1.75; перцентиль: 4.0), масса тела: 22 кг (z-score: -2.19; перцентиль: 1.4), индекс массы тела (z-score: -1.62; перцентиль: 5.3).

Физическое развитие на 11.07.2024: Рост: 129 см (z-score: -1.62; перцентиль: 5.3), масса тела: 23.5 кг, индекс массы тела (z-score: -1.74; перцентиль: 4.1)

Обоснование степени тяжести бронхиальной астмы у Бегишевой В.Е. на июль 2024г., ИГКС в отделении не получала:

- 1) Дневные симптомы более чем несколько минут, более чем 1 раз в неделю: нет (0 баллов).
- 2) Бронхиальная астма ограничивает физическую активность: нет (0 баллов).
- 3) Использование препаратов для купирования симптомов более чем 1 раз в неделю: нет (0 баллов).
- 4) Наличие ночных пробуждений или ночного кашля из-за бронхиальной астмы: нет (0 баллов).

Общий IgE: 587,0МЕ/мл (12.07.2024).

Бронхоскопия №2 (12 и 22 июля 2024): результаты прилагаются, Копии исследований инструментальных выданы на руки.

УЗИ 15.07.24г. органов брюшной полости - мезентериальная лимфоаденопатия, УЗИ почек - норма.

Ранее выполнены исследования:

МТР головного мозга (визуализация прилаторных пазух носа и среднего уха) 08.12.2023г.

Протокол исследования: Исследование проведено в аксиальной, сагиттальной и коронарной проекциях в режимах T1, T2, FLAIR, DWI, NEMO. **Результаты исследования:** Срединные структуры не смещены. Дифференцировка серого и белого вещества не нарушена. В области задних рогов боковых желудочков определяются симметричные очаги повышенного сигнала на T2 и Flair, отделенные от рогов тонкой прослойкой нормального белого вещества, размерами 6,5-8мм. В проекции базальных ядер, ствола мозга и в мозжечке очагов не определяется. Мозолистое тело без особенностей. Патологического мр-сигнала на DWI и Neto не выявлено. Боковые желудочки мозга асимметричны, D<S, не расширены, размеры в пределах возрастной нормометрии, обычной конфигурации, без перивентрикулярной инфильтрации. Дополнительных образований в области мосто-мозжечковых углов не выявлено. Внутренние слуховые проходы не расширены. Область орбит без особенностей. Хиазмальная область без особенностей, гипофиз высота 1,8мм, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Хиазмальная цистерна не изменена. Воронка гипофиза не смещена. Базальные цистерны не расширены, не деформированы. Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды не расширены. Боковые щели мозга симметричные, не расширены. Миндалины мозжечка расположены на уровне большого затылочного отверстия. Краниовертебральный переход - без особенностей. Придаточные пазухи носа развиты по возрасту, пневматизированы, слизистая неравномерно утолщена. Пневматизация ячеек пирамидок и сосцевидных отростков височных костей нарушена за счет воспалительных изменений слизистой. Интракраниальные отделы позвоночных артерий справа до 2,8мм, слева до 1,2мм. **Заключение:** -Объемных образований головного мозга не выявлено. МР-картина двусторонних перивентрикулярных очаговых изменений резидуального характера. Признаки воспалительных изменений среднего уха с обеих сторон.

04.12.2019г. **Архив. Бронхоскопия.** Интубация тубусом №4 "K.Storz" без затруднений. Голосовые связки чистые, подсвязочное пространство свободное. Просвет трахеи обычный, содержит вязкий пристеночный гнойный секрет в умеренном количестве. Секрет аспирирован. Слизистая трахеи розовая, кольца четкие. Карина в виде валика, расположена центрально.

В главных бронхах, в устьях долевого бронхов с обеих сторон большое количество вязкого гнойного секрета, аспирирован, отмыт физ. р-ром. Слизистая бронхов диффузно гиперемирована, отечна, контактно ранима. Ход устьев бронхов не изменен. Промывные воды бронхов взяты на м/с и б/п, МБТ по Ц. Нильсену, посев на грибы. Экстубация б/о. Двусторонний диффузный бронхит 3 степени интенсивности воспаления.

18.05.2022г. **Архив. Бронхоскопия.** Интубация тубусом №5 "K.Storz". Голосовые связки чистые, подсвязочное пространство свободное. Просвет трахеи обычный, содержит пристеночный слизисто-гнойный секрет в умеренном количестве, секрет аспирирован. Слизистая трахеи розовая, кольца четкие. Карина в виде валика, расположена центрально.

Просвет главных, долевого, устьев сегментарных бронхов обычный, содержит умеренное количество слизисто-гнойного секрета. Слизистая бронхов с обеих сторон гиперемирована, отечна, контактно ранима. Ход устьев бронхов не изменен. Промывные воды бронхов взяты на м/с и б/п.

Двусторонний диффузный бронхит 3 степени интенсивности воспаления.

16.12.2019г. **КТ легких. Архив.** Справа в S5 пневматизация легочной ткани неоднородная, отмечается повышение плотности легочной ткани, с образованием участка консолидации в S5 +58,72HU, прилежащего к плевре по большой междолевой борозде, неправильной треугольной формы размерами 10,2*25,8*62,3мм, вершиной к корню легкого(в вершине расширенные до 2,47мм бронхи), в основании бронхиальная

проходимость полностью отсутствует, легочной рисунок усилен, деформирован за счёт сосудисто-интерстициального компонента, с перибронхиальной инфильтрацией. Среднедолевой бронх расширен до 3,68мм, интактные видимые бронхи 1- 3 порядка проходимы, не деформированы, стенки бронхов несколько уплотнены. Толщина главных бронхов: D=8,15мм(расширен), S=5,97мм. Лимфатические узлы единичные, размерами и структурно не изменены. Свободный воздух и жидкость в плевральной полости не определяются. Органы средостения по срединной линии. Диафрагма расположена на 6 ребре, контур ровный, четкий. Костно-деструктивных и травматических изменений в зоне исследования не выявлено. Заключение: КТ- признаки правостороннего среднедолевого S5 субсегментарного фиброателектаза.

23.05.2022г. Архив. КТ легких. Справа в S5 отмечается повышение плотности легочной ткани, с образованием участка консолидации плотностью +86НУ, прилежащего к плевре по большой междолевой борозде, неправильной треугольной формы размерами 10,3*25,8*60,1мм, вершиной к корню легкого(в вершине единичные расширенные до 2,47мм бронхи), в основании бронхиальная проходимость полностью отсутствует, легочной рисунок усилен, деформирован за счёт сосудисто-интерстициального компонента, с перибронхиальной инфильтрацией. Среднедолевой бронх расширен до 3,8мм, интактные видимые бронхи 1- 3 порядка проходимы, не деформированы, стенки бронхов несколько уплотнены. Лимфатические узлы единичные, размерами и структурно не изменены. Свободный воздух и жидкость в плевральной полости не определяются. Органы средостения по срединной линии. Диафрагма расположена на 6 ребре, контур ровный, четкий. Костно-деструктивных и травматических изменений в зоне исследования не выявлено. КТ- признаки правостороннего среднедолевого S5 субсегментарного фиброателектаза, без динамики от предыдущего КТ-исследования.

Состояние при поступлении: Состояние пациента при поступлении в приемное отделение: Удовлетворительное

Проведенное лечение:

12.07.2024, A03.09.001 Бронхоскопия, Двусторонний диффузный гнойно-обструктивный эндобронхит 2 степени активности.
 12.07.2024, A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы, Передано в отделение.
 22.07.2024, A03.09.001 Бронхоскопия, Двусторонний диффузный катаральный эндобронхит 1 степени активности.

Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии:

2024-02-27 По состоянию здоровья пациент нуждается в освидетельствовании бюро МСЭ Первично
 2024-03-11 По состоянию здоровья пациент нуждается в освидетельствовании бюро МСЭ Первично

Результаты медицинского обследования:

Автоматически именованное поле:

Общий (клинический) анализ крови развернутый									
	Гематокрит	PLT	RBC	WBC	Базофилы	Лимфоциты	Моноциты	Нейтрофилы сегментоядерные	СОЭ
12.07.2024	37,0 (%)	191 (10 ⁹ /л)	4,58 (10 ¹² /л)	3,91 (10 ⁹ /л)	0,3 (%)	50,9 (%)	11,2 (%)	32,2 (%)	2 (мм/ч)

		Эозинофилы	HGB
12.07.2024		5,4 (%)	124 (г/л)

Анализ крови биохимический общетерапевтический									
	АЛТ	АСТ	Билирубин общий	Билирубин непрямой	Холестерин	Креатинин	Кальций	Фосфор неорганический	ЩФ
12.07.2024	16,8 (Ед/л)	29,7 (Ед/л)	6,0 (мкмоль/л)	6,0 (мкмоль/л)	3,9 (ммоль/л)	52 (мкмоль/л)	2,32 (ммоль/л)	1,4 (ммоль/л)	394,0 (Ед/л)

	C-реактивный белок	Глюкоза	Амилаза	Fe
12.07.2024	0 (мг/л)	4,9 (ммоль/л)	35,9 (Ед/л)	19,8 (мкмоль/л)

Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови				
	Ig M	Ig G	Ig A	
16.07.2024	1000 (г/л)	2109 (г/л)	309 (г/л)	

Общий иммуноглобулин E в крови (Ig E)	
	Исследование уровня общего иммуноглобулина E в крови
16.07.2024	587 (МЕ/мл)

Контрологическое исследование									
	Мышечные волокна без истерченности	Мышечные волокна с истерченностью	Соли жирных кислот	Крахмал инноклеточный	Простейшие	Яйца глист	Растительная клетчатка	Форма кала	Консистенция кала
17.07.2024	пер 1-52	пер 0-2	1+	1+	не обн	не обн	пер 2-3, пер 1-3	неоформленный	Калицеобразная

	Цвет кала
17.07.2024	коричневый

Определение антител класса M (IgM) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови	
	Определение антител класса M (IgM) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови
18.07.2024	кп 1,22 (Ед)

Диагностика хламидиоза - ИФА анализ		
	IgG хламидии пневмонии	IgM хламидии пневмонии
18.07.2024	отр (Ед)	отр (Ед)

Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания:

Автоматически именованное поле:

Меропенем (12-20 июля), флуконазол внутрь, метронидазол 5 дней (показание - мезентериальная лимфоаденопатия по УЗИ), азитромицин (5 дней), сальбутамол, 5% натрия хлорид, амброксол. СМТ на грудную клетку. Унилор® эндоназально. Кинезитерапия (индивидуально).

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов:

Автоматически именованное поле:


Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии:

Код услуги	Наименование	Примененный вид анестезии	Врач выполнивший операцию

Медицинские вмешательства:

Дополнительные сведения:

Подари ЗАВТРА!
Тяжелобольным детям. Удмуртия



Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности:

Автоматически именованное поле:

Исход госпитализации: выписана.

Состояние при выписке: удовлетворительное.

В контакте с инфекционными больными: не была.

Рекомендации:

1) Наблюдение педиатра, пульмонолога, отоларинголога, аллерголога-иммунолога.

2) 25-27.07.2024г. перерыв в терапии.

3) Соблюдать правила гигиены при ингаляционной терапии:

- Стерилизация камеры небулайзера перед каждым использованием (промыть раствором пищевой соды, тщательно прополоскать, далее 10 минут стерилизовать в паровом стерилизаторе). рекомендации даны.

- Применять 0,9% натрия хлорид только стерильным (из ампул).

- 5% натрия хлорид заказывать в аптеке в малых флаконах, вскрытым флакон хранить не более 7 дней, в холодильнике при температуре 4-8С.

- Спейсер мыть с жидким моющим средством ежедневно, вытирать насухо.

4) Предупреждать бытовой контакт с плесенью. Проветривание помещений, нормализация вентиляции в жилом помещении.

5) Ингаляционная терапия:

а) Ситуационно - при бронхиальной обструкции (одышке) - Сальбутамол (дозированный аэрозоль, 1 доза 100 мкг, спейсер) по 1 дозе 3 р.д. При выраженном приступе удушья - 2 дозы (вдыхать последовательно каждую дозу, по 5-6 вдохов-выдохов на каждую дозу).

б) Базисная терапия бронхиальной астмы: перерыв до 15.08.2024г.

Далее: Беклометазон дозированный аэрозоль (1 доза 100 мкг) по 1 дозе 3 р.д. через спейсер.

Тиотропия бромид раствор (1 доза 2,5 мкг) по 2 дозы утром, длительно.

в) гиперосмолярные растворы: "Ингасалин" или "Гианеб" 7% (с 0,1% гиалуронатом натрия) по 1 амбуле 1-2 р.д. постоянно, ежедневно. По вопросу обеспечения данным изделием медицинского назначения (не входит в жизненно важные лекарственные средства) консультируют благотворительные фонды.

б) Муколитическая / мукоактивная терапия:

- Ацетилцистеин 100 мг 2-3 р.д. после приема пищи. Начать через 10 дней после выписки. 20 дней прием, 10 дней перерыв. в течение года.

7) Антибактериальная терапия внутривенная в условиях стационара.

8) Флуимуцил-Антибиотик: не применять до назначения пульмонолога (в пульмонологическом отделении).

9) Азитромицин 250 мг 1 р.д. через день, в течение месяца (за 1 час до приема пищи). Флуконазол 100 мг 1 раз в три дня (день прием, два дня перерыв) в течение месяца приема азитромицина.

10) Кинезитерапия индивидуально, ежедневно (в родителями, дома), рекомендации даны. Массаж грудной

клетки - 2 курса в год. Санаторное лечение в теплое время года.

11) Бакпосевы мокроты, из носа и ротоглотки 1 раз в квартал, определение чувствительности к антибактериальным препаратам.

12) Плановое обследование и лечение в пульмонологическом отделении БУЗ УР "РДКБ МЗ УР" 1 раз в 3 месяца.

13) Подготовительная группа по физвоспитанию. Освободить от бега на любые дистанции, от соревнований, от занятий на улице в холодное время года.

14) Консультация отоларинголога-сурдолога 1-2 раза в год, в плановом порядке.

Заведующий отделением медицинской организации - врач-пульмонолог _____ СИМАНОВА Т.В.

Автоматически именованное поле:

Экземпляр выписки из истории болезни получил(а) _____ БЕГИШЕВА ВАЛЕРИЯ ЕГОРОВНА

Заключение:

