

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
"РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ"**

426009, РОССИЯ, УДМУРТСКАЯ РЕСП, Г ИЖЕВСК, ЛЕНИНА УЛ, д 79

Выписка

из медицинской карты № 60714 стационарного больного

1. **Фамилия, имя отчество** - БЕГИШЕВА ВАЛЕРИЯ ЕГОРОВНА
2. **Дата рождения** -
3. **Место жительства** -

4. **Место работы** - учащийся школы

5. **Кем направлен** - БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ «МАЛОПУРГИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ»

6. **Госпитализирован** - Планово

7. **Пульмонологическое отделение**

8. **Ф.И.О. лечащего врача** - Симанова Т.В.

Автоматически именованное поле:

Дата поступления - 19.12.2023г. Дата выписки - 29.12.2023г. Диагноз направившего учреждения J44.8.

Диагноз клинический заключительный:

Основной - Q34.8 Первичная цилиарная дискинезия.

Хронический гнойный обструктивный бронхит, средней степени тяжести, обострение. Фиброателектаз, бронхоэктазы SV правого легкого. Хронический бронхолит, средней степени тяжести, обострение. Инфекция нижних дыхательных путей *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*.

Хронический риносинусит, обострение.

Хронический двусторонний средний отит?

Осложнение - Хроническая ДН 1 (первой) степени степени.

Сопутствующий - Бронхиальная астма, типичная, средней степени тяжести, частично контролируемая, период обострения. Аденоид 2 степени, аденоидит. Синдром головной боли, умеренно выраженный, на фоне церебно-астенического синдрома (астеноневротический вариант). Дефицит массы тела.

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

Особенности данного клинического случая:

Заболевание с медленно прогрессирующим течением, потребность в постоянной терапии. Отказ мамы от КТ легких в декабре 2023г. (необнократно выполнено исследование ранее). Нормальные показатели спирометрии при выраженной бронхиальной обструкции клинически.

Поступила в клинику для лечения и уточнения диагноза 19.12.2023г.

Заключение пульмонолога - Симанова Т.В. (зав. пульмонологическим отделением БУЗ УР "РДКБ МЗ УР", главный специалист детский пульмонолог МЗ УР, к.м.н.):

«Наблюдаю пациентку с 2019 года. С анамнезом знакома. Бегишева В.Е. страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, трудной для контроля вследствие

хронического инфекционного процесса в дыхательных путях при первичной цилиарной дискинезии.

Жалобы: на кашель продуктивный с мокротой слизисто-гнойного характера ежедневный, постоянный, постоянное затруднение носового дыхания и гнойно-слизистое отделяемое из носа, периодические боли в ушах, одышку при физической нагрузке.

Анамнез жизни: Родилась доношенной. Бытовые условия удовлетворительные. 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 проводится по 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 проводится непрерывно. Обострения бронхиальной астмы возникают 4 раза в год на фоне респираторных инфекций. В период между обострениями заболевания сохраняется постоянный кашель продуктивный.

В декабре 2019г стационарное лечение в пульмонологическом отделении БУЗ УР "РДКБ МЗ УР" (Ижевск). 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. influenzae*. 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: ингаляция флуимуцил-антибиотик курсами, ингаляция 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 19.12.2023г.:

Общее состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания. Одышки в покое нет. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, нормальной влажности. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски (розовые). Носовое дыхание затруднено, отделяемое гнойно-слизистое. Катар в глотке нет, миндалины чистые. Грудная клетка симметричная, обычной формы. Перкуторный тон легочный с коробочным оттенком, симметричен при сравнительной перкуссии. Дыхание при аускультации жесткое, диффузные свистящие и множественные среднепузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: левая на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III межреберье слева. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧДД 20. ЧСС 88-90. АД 95/62 мм рт. ст. Сатурация 98-99%. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги по срединно-ключичной линии слева. Желчно-пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Физическое развитие на 29.12.2023г. .

Возраст 9 лет 9 месяцев и 22 дня. Масса 22 кг, рост 126,5 см. ИМТ = 13,92 кг/м².

- 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)

Обоснование степени тяжести бронхиальной астмы у Бегишевой В.Е.: частота симптомов и объем терапии, необходимой для достижения частичного контроля соответствуют критериям бронхиальной астмы средней степени тяжести - **нет контроля, 4 балла.**

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

Данные спирометрии и пикфлоуметрии - критерии бронхиальной астмы средней степени тяжести.

Консилиум пульмонологического отделения: 28.12.2023г. - согласование диагноза.

Проба с шестиминутной ходьбой 28.12.2023г. До утренних ингаляций: Время начала пробы - 08.00. Проба выполнена в течение 6 минут. Исходные данные: сатурация 98%, ЧСС

79-82. Пройдено 490 метров. Субъективное ощущение одышки и давления в грудной клетке, выражено утомление. Объективно диффузные хрипы свистящие при аускультации. Результат пробы: сатурация 94%, ЧСС 125-130. После пробы: сальбутамол 200 мкг (спейсер) для купирования симптомов.

Пикфлоуметрия: суточная вариабельность ПСВ 25-28%.

Общий IgE: 521,12 МЕ/мл (20.12.2023).

Эозинофилы крови: 6-18% (468-1098 клеток в 1 мкл).

Диагноз и рекомендации: отражены в выписке.

Проведено лечение: режим охранительный, диета. Будесонид суспензия 1000 мг/сутки, сальбутамол 100 мкг 3 р.д., амброксол, азитромицин 200 мг 21-26.12., цефиксим 160 мг с 25.12.2023, фосфолюгель, дротаверин (21-28.12.2023). Аминофенилмасляная кислота 125 мг 3 р.д.

Физиотерапия: "Унилор" эндоназально, электрофорез кальция хлорида на грудную клетку, 5% натрия хлорид ингаляции.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

20.12.2023г. Гемоглобин г/л - 132; Эритроциты $10^{12}/л$ - 4,56; Тромбоциты $10^9/л$ - 248; Лейкоциты $10^9/л$ - 7,3; Нейтрофилы сегментоядерные - 44; Эозинофилы - 6; Базофилы - 1; Лимфоциты - 43; Моноциты - 5; Плазматические клетки - 1; СОЭ по Панченкову, мм/час - 8;
28.12.2023г. Гемоглобин г/л - 130; Эритроциты $10^{12}/л$ - 4,71; Тромбоциты $10^9/л$ - 193; Лейкоциты $10^9/л$ - 6,1; Нейтрофилы сегментоядерные - 36; Эозинофилы - 18; Базофилы - 1; Лимфоциты - 35; Моноциты - 10; СОЭ по Панченкову, мм/час - 15;

Полный анализ кала:

21.12.2023г. консистенция - кашиц; цвет - кор; мышечные волокна - пер 0-1; жирные кислоты - ++; непереваримая клетчатка - 1-2; переваримая - 2-4; простейшие - не обн; яйца глист - не обн;

20.12.2023г. яйца остриц не обнаружены

Общий анализ мочи:

20.12.2023г. удельный вес(1012-1018) - 1025; pH - 6,0; белок,г/л - 0; глюкоза, г/л - 0; кетоновые тела - 0; билирубин - 0; уробилиноиды - 0; эпителий плоский - 0-1; лейкоциты - 0-1; эритроциты неизмененные - 3-5; слизь - 2; бактерии - 2;

Иммунологические исследования:

21.12.2023г. Иммуноглобулин E (IgE), МЕ/мл - 521,12; Иммуноглобулин M хламидии рп - отр; Иммуноглобулин G хламидии рп - отр; Иммуноглобулин M к легочной микоплазме - КП 1,68;

26.12.2023г. Иммуноглобулин A (IgA), мг% - 259; Иммуноглобулин M (IgM), мг% - 311; Иммуноглобулин G (IgG), мг% - 2010; Иммуноглобулин E (IgE), МЕ/мл - 521,12;

ПЦР исследования, ротоглотка: 21.12.2023г.

Streptococcus pneumoniae - отр;

ОРВИ

РНК Респираторно-синцитиального вируса- Не обнаружено

РНК Метапневмовируса- Не обнаружено

РНК Парагриппа 1 типа- Не обнаружено

РНК Парагриппа 3 типа- Не обнаружено

ДНК Бокавируса- Не обнаружено

ДНК Аденовируса- Не обнаружено

РНК Риновируса- обнаружено

РНК Парагриппа 2 типа- Не обнаружено

РНК Парагриппа 4 типа - Не обнаружено

РНК Коронавирусов видов HKU-1, OC 43- Не обнаружено

Биохимический анализ крови:

20.12.2023г. Аланинаминотрансфераза (АлАТ), МЕ/л - 18,7; Аспартатаминотрансфераза (АсАТ) МЕ/л - 26,3; Билирубин общий, мкмоль/л - 8,0; Билирубин прямой, мкмоль/л - 0; Билирубин непрямой, мкмоль/л - 8,0; Холестерин, ммоль/л - 4,35; Глюкоза, ммоль/л - 5,6; С-реактивный белок (СРБ), мг/л - отр;

Определение антигена вируса SARS-CoV-2(COVID-19) экспресс-методом: 29.12.2023г. отрицательно.

Бакпосев отделяемого из носа:

25.12.2023г. S. epidermidis - скудный; S. pneumoniae - умеренный; H. influenzae умеренный рост

28.12.2023г. Streptococcus gr.viridans - обильный;

Бакпосев отделяемого из ротоглотки:

26.12.2023г. S.aureus - скудный; Streptococcus gr.viridans - умеренный; Candida albicans - единичный;

28.12.2023г. единичный рост -.; S. epidermidis - .;

Бакпосев отделяемого из ротоглотки (антибиотикограмма):

26.12.2023г. эритромицин - I; кларитромицин - I; ампициллин/ сульбактам - S; ампициллин - R; азитромицин - I; пиперациллин - R; оксациллин - S; гентамицин - R; амикацин - R; цефотаксим - I; цефуроксим - S; цефепим - S; имипенем - S; цефтриаксон - I; пенициллин - R; амоксициллин / клавулановая ки - S; меропенем - S; клиндамицин - S; линезолид - R; цефтаролин S

цефтобипрол S. для S. aureus.

Спирограммы и ЭКГ - прилагаются.

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

08.12.2023г.

Протокол исследования: Исследование проведено в аксиальной, сагиттальной и корональной проекциях в режимах T1, T2, FLAIR, DWI, NEMO. **Результаты исследования:** Средние 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 Nemo 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 симметричны, 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, подвязочное 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 центрично.

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, подвязочное 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 центрично. 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. При мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки, выполненной по стандартной программе, с последующим построением многоплоскостных реформаций, выявлено:

Качество исследования снижено из-за дыхательной нерезкости. 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. При мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки, выполненной по стандартной программе, с последующим построением многоплоскостных реформаций, выявлено: Справа в S5 отмечается повышение плотности легочной ткани, с образованием участка консолидации плотностью +86HU, 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.

Исход госпитализации: выписана.

Состояние при выписке: удовлетворительное.

В контакте с инфекционными больными: не была.

Рекомендации:

- 1) Наблюдение педиатра, пульмонолога, отоларинголога, аллерголога-иммунолога.
- 2) Консультация врача генетика (перед МСЭ).. Консультация отоларинголога и сурдолога перед МСЭ.

3) Соблюдать правила гигиены при ингаляционной терапии:

- Стерилизация камеры небулайзера перед каждым использованием (промывать раствором пищевой соды, тщательно прополаскивать, 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:

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).

Базисная терапия ежедневно - при иналичии препарата Сальметерол+флутиказон (1 доза = 25+125 мкг) по 2 дозы 2 раза в сутки с использованием спейсера. Постоянно. Дозу не снижать.

По возможности (при наличии препарата и при условии контроля симптомов) к маю 2024 года можно перейти на Сальметерол+флутиказон (1 доза = 25+50 мкг) по 2 дозы 2 р.д. Постоянно. Дозу не снижать.

Базисная терапия ежедневно - при наличии препарата Сальметерол+флутиказон мультидиск (1 доза = 50+100 мкг) по 1 дозе 2 раза в сутки. Постоянно. Дозу не снижать.

Дополнительная терапия - по возможности - Тиотропия бромид раствор (1 доза 2,5 мкг) по 5 мкг утром или днем постоянно.

6) Муколитическая / мукоактивная терапия:

- Ацетилцистеин 100 мг 3 р.д. после приема пищи. Схема приема 20 дней прием, 10 дней перерыв. В течение года.

- Натрия хлорид стерильный 5% - по 4-5 мл ингаляции постоянно.

7) Антибактериальная терапия:

- После выписки: **цефиксим (100 мг/5 мл)** продолжить по 8 мг 1 р.д. 30-31 декабря 2023г. и 1-2 января 2024г.

- **Флуимуцил-Антибиотик** - дозы и режим дозирования должны быть согласованы с Клиническими рекомендациями (при начале действия клинических рекомендаций по "Первичной цилиарной дискинезии" в 2024 году).

- С учетом наличия бронхоэктазов и перенесенной респираторной микоплазменной инфекции: при усилении кашля в феврале-апреле 2024г. назначить взитромицин 200 мг 1 р.д. 5 дней, далее через день 125 мг еще в течение 3 недель.

8) Кинезитерапия индивидуально, ежедневно (в родителями, дома). Массаж грудной клетки - 2 курса в год. Санаторное лечение в теплое время года.

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

10) Плановое обследование и лечение в пульмонологическом отделении БУЗ УР "РДКБ МЗ УР" 1 раз в 6 месяцев.

11) Освобождение от занятий физвоспитанием в учебном заведении по 01.04.2024г. Далее - подготовительная группа. Освободить от бега на любые дистанции, от соревнований, от занятий на улице в холодное время года.

12) Направить в педиатрическое бюро Медико-социальной экспертизы.

Другие рекомендации:

- при жалобах на боли в животе - дротаверин или папаверин 1/2 таблетки ситуационно (1 таблетка=40 мг), фосфолюгель 1 пакетик ситуационно.

- при ОРВИ - умифеновир 50 мг 4 р.д. до 5 дней


- в нос - мометазона фураат (1 доза 50 мкг) по 1 дозе 1 р.д. до 1 месяца, аэрозоли натрия хлорида для туалета носа 3 р.д.

Лечащий врач, зав. пульмонологическим отделением БУЗ УР "РДКБ МЗ УР",

Симанова Т.В.

Подари ЗАВТРА!
Тинктобольным детям. Удмуртия

	ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат: 53453202695953636217907074654904175	
Владелец: БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Действителен: с 15.03.2023 по 07.06.2024	
ФИО:	

	ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат: 12120471987745720102967673751775509	
Владелец: Симанова Татьяна Владимировна	
Действителен: с 08.06.2023 по 31.08.2024	
ФИО: Симанова Татьяна Владимировна	