



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЭНДОКРИНОЛОГИИ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Министерство России
ФГБУ "НМИЦ эндокринологии"
ОГРН 1027730455096 ИНН 7728076203
117036, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11
E-mail: post@endocrincentr.ru
телефон: 8(495) 500-00-00

117036, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, 11
11 Dmitry Ulyanov str. Moscow, Russian Federation, 117036

Справочная | Help desk: +7 (499) 124 58 32
Регистратура | Registry: +7 (495) 500 00 90

Факс | Fax: +7 (499) 124 47 44
WWW.ENDOCRINCENTR.RU

Юркова Варвара Антоновна

Возраст: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Номер карты: 4138/C2020

14.04.2020 10:06 Выписка из стационара. Выписной эпикриз

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Юркова Варвара Антоновна, дата рождения 16.04.2019 находился(ась) в отделении с 26.03.2020 по 14.04.2020 г.

Диагноз клинический

Основное заболевание: E16.1 Врожденный гиперинсулинизм, фармакорезистентное течение.

Сопутствующее заболевание: Железодефицитная анемия. OU Сходящееся содружественное косоглазие

Жалобы

гипогликемии до 1,2 ммоль/л (минимально), гиперемии перианальной области

Анамнез жизни

Ребёнок от: 2 беременности

Чем закончились предыдущие роды: 1-роды в срок, КС

Дети от предыдущих беременностей: здоровы

Беременность протекала: на фоне хламидиоза, носительства ЦМВИ, тромбоцитопении

Роды: самостоятельные в срок

Масса при рождении: 4280 г

Рост при рождении: 56 см

По шкале Апгар: 7 / 8

Развитие на 1 году жизни: без особенностей

Перенесенные состояния

Травмы, операции, судорожные синдромы, эпилептические приступы отрицает

Аллергологический анамнез

без особенностей

лекарственную и пищевую аллергию отрицает

Эпиданамнез

Контакты с инфекционными больными, tbc, гепатит, ВИЧ, вен. заболевания, переливания крови отрицает

Наследственный анамнез

бабушки по отцовской линии: сахарный диабет 2 типа

Анамнез заболевания:

В первые сутки после рождения была зафиксирована гипогликемия 1,2 ммоль/л. Проводилась инфузионная терапия р-ром глюкозы, были выписаны из роддома на 7 сутки с гликемией 2,7 ммоль/л.

При амбулаторном обследовании по м/ж регистрировались гипогликемии до 2 ммоль/л, обследование не проводилось.

В январе 2020г. мама начала замечать периодические пароксизмальные состояния в виде замирания, закатывания глаз, которые купировались после кормления грудным молоком. В феврале-марте 2020г. обследовались у невролога и эпилептолога по месту жительства, данных за эпилептический характер пароксизмом не получено.

12 марта с гликемией 2,2 ммоль/л (кетоны-0,6) были госпитализированы в стационар по м/ж, где начата инфузия 5-10% раствора глюкозы. Учитывая рецидивы гипогликемии при попытке отмены инфузии, ребенка перевели на непрерывное введение 10% р-ра глюкозы, на фоне чего гликемия 5,5-7 ммоль/л. По результатам проведенного обследования на фоне лабораторной гликемии 2,2 ммоль/л инсулин-5,5 мкМЕ/мл, с-пептид 377,9 пмоль/л. В биохимическом анализе крови: АЛТ-22,0 МЕ/л, АСТ-56 МЕ/л, билирубин- 5 мкмоль/л, ЩФ- 484 МЕ/л, Na-136,5 ммоль/л К-4,03 ммоль/л, Cl-115,1 ммоль/л, Ca- 2,4 ммоль/л. ОАМ без патологии. ОАК- Hb- 94 г/л, Eт- 3,67. В гормональном профиле: ТТГ- 1,6 мкМЕ/мл, Т4- 15,12 пмоль/л, ИФР- 56,7 нг/мл, кортизол- 367,7 нмоль/л.

Поступает в ФГБУ НМИЦ эндокринологии впервые для динамического обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения

Данные осмотра при поступлении

Рост: 76,5 см SDS роста: 1,166

Вес: 8,2 кг SDS веса: -0,167

Индекс массы тела: 15,7 кг/м²

Окружность головы: 47 см

Состояние: относительно удовлетворительное

Телосложение: нормостеническое

Кожные покровы: чистые, без патологических высыпаний,

Слизистые: нормальной окраски, чистые

Костно-мышечная система: патологии не выявлено

Подкожно-жировая клетчатка: развита умеренно, распределена равномерно

Щитовидная железа: расположена типично, не увеличена клинически: эутиреоз

Надпочечники симптомов нарушения функции нет

Половые органы сформированы: правильно, по женскому типу, при осмотре- яркая гиперемия в области половых губ, паховых складок, перианальной области. Таннер 1

Сердечно-сосудистая система пульс: 110 уд./мин; тоны сердца ясные, ритмичные; число дыханий в 1 мин.: 30; грудная клетка: правильной формы; в акте дыхания вспомогательная мускулатура: не участвует; дистанционные хрипы: не слышны; дыхание: пуэрильное; хрипов нет

Система органов пищеварения: язык влажный, чистый, живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный; печень: не увеличена; Мочеполовая система: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, дизурических явлений нет.; Стул: ежедневный

Система органов пищеварения: язык влажный, чистый, живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный; печень: не увеличена; Мочеполовая система: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, дизурических явлений нет.; Стул: ежедневный

Данные лабораторных исследований

Клинический анализ крови

03.04.2020

Лейкоциты (кровь)	7,63	10 ⁹ кл/л	5-15
- нейтрофилы (%)	27,8	%	15-45
- лимфоциты (%)	51,6	%	45-70
- моноциты (%)	11	%	
- эозинофилы (%)	8,9>	%	0,2-5,4
- базофилы (%)	0,7	%	0-1
- нейтрофилы (абс)	2,12	10 ⁹ кл/л	1,5-6,8
- лимфоциты (абс)	3,94	10 ⁹ кл/л	1,5-6
- моноциты (абс)	0,84	10 ⁹ кл/л	
- эозинофилы (абс)	0,68>	10 ⁹ кл/л	0-0,4
- базофилы (абс)	0,05	10 ⁹ кл/л	0-0,1
Эритроциты (кровь)	3,85	10 ¹² кл/л	
Гемоглобин	99<	г/л	110-135
Гематокрит (%)	30,5	%	
Ср. объем эритроцитов (MCV)	79,2<	фл	82-98
Ср. содержание гемоглобина в эритроц. (MCH)	25,7<	пг	27-34
Ср. содержание гемоглобина в эритроц. (MCHC)	325	г/л	314-356
Индекс распр. эритроц. (RDW)	15,1	%	11,6-16,5

Тромбоциты	327	10^9 кл/л	
Ср.объем тромбоцитов (MPV)	9.3	фл	
Тромбокрит (PCT)	0.3	%	
Индекс распр. тромбоцитов (PDW)	9.2<		6.7-16.7
СОЭ	2	мм/час	2-15

08.04.2020 Подари ЗАВТРА!

Лейкоциты (кровь)	7.8	10^9 кл/л	5-15
- нейтрофилы (%)	26.3	%	15-45
- лимфоциты (%)	57.3	%	45-70
- моноциты (%)	10	%	
- эозинофилы (%)	5.8>	%	0.2-5.4
- базофилы (%)	0.6	%	0-1
- нейтрофилы (абс)	2.05	10^9 кл/л	1.5-4.5
- лимфоциты (абс)	4.47	10^9 кл/л	1.5-5
- моноциты (абс)	0.78	10^9 кл/л	0-0.8
- эозинофилы (абс)	0.45>	10^9 кл/л	0-0.1
- базофилы (абс)	0.05	10^9 кл/л	0-0.1
Эритроциты (кровь)	3.68	10^{12} кл/л	110-155
Гемоглобин	94<	г/л	
Гематокрит (%)	30.2	%	32-98
Ср.объем эритроцитов (MCV)	82.1	фл	27-84
Ср.сод.гемоглобина в эритроц. (MCH)	25.5<	пг	
Ср.конт.гемоглобина в эритроц. (MCHC)	311<	г/л	314-356
Индекс распр. эритроц. (RDW)	15	%	11.6-16.3
Тромбоциты	260	10^9 кл/л	
Ср.объем тромбоцитов (MPV)	9.6	фл	
Тромбокрит (PCT)	0.25	%	
Индекс распр. тромбоцитов (PDW)	10.1		6.7-16.7
СОЭ	2	мм/час	2-15

Резус фактор и группа-крови

Группа крови В (III) третья
 Резус фактор Rh (-) отрицательный



Биохимические исследования крови

Триглицериды	0.87	ммоль/л	0.1-1.7
Билирубин общий	5.9	мкмоль/л	3.4-20.5
АСТ	101>	Ед/л	0-80
Глюкоза (сыворотка)	8.7>	ммоль/л	3.1-6.1
Белок общий	57	г/л	61-78
Креатинин	32.9	мкмоль/л	18-85
АЛТ	159>	Ед/л	18-45
Мочевина	0.5<	ммоль/л	1.8-8
Щелочная фосфатаза	278	Ед/л	184-310
Мочевая кислота	261.52	мкмоль/л	119-370
Холестерин общ	2.45<	ммоль/л	3.3-5.2
ГГТ	30	Ед/л	

03.04.2020

АЛТ	35	Ед/л	18-45
АСТ	48	Ед/л	0-80
Глюкоза (сыворотка)	5.67	ммоль/л	3.1-6.1
Мочевина	0.5<	ммоль/л	1.8-8
Креатинин	33.4	мкмоль/л	18-85
Натрий	139	ммоль/л	136-145
Хлориды	102	ммоль/л	98-107
Калий	3.1<	ммоль/л	3.5-5.2
Билирубин общий	8.7	мкмоль/л	3.4-20.5
Билирубин св. (прямой)	4.2	мкмоль/л	0-8.8
ГГТ	33	Ед/л	
Железо	6.9<	мкмоль/л	0-30.8
С-реактивный белок	0.2	мг/л	0.1-2.6
08.04.2020			
С-реактивный белок	0.2	мг/л	0.1-2.6
АЛТ	18	Ед/л	18-45



АСТ	50	Ед/л	9-80
Щелочная фосфатаза	196	Ед/л	134-510
Натрий	138	ммоль/л	136-145
Хлориды	106	ммоль/л	98-107
Калий	4	ммоль/л	3,5-5,1

Гормональные исследования крови

26.03.2020

Инсулин	23,29	мкЕ/мл	2,6-24,9
C-пептид	3,89	нг/мл	1,1-4,4

03.04.2020

Инсулин	4,14	мкЕ/мл	2,6-24,9
ТТГ (ARCHITECT)	1,087	мМЕ/л	0,98-5,63
Т4 свободный (ARCHITECT)	13,13	пмоль/л	11,4-19,9

Проба с голоданием на фоне инфузионной терапии 20% глюкозой от 26.03.2020

Продолжительность голодного промежутка	1 час
Гликемия	3,1 ммоль/л
Кетонемия	0,0 ммоль/л
Инсулин	23,29 мкЕ/мл

Данные диагностических исследований

Эхокардиография

оборудование: VIVID E90 s/n VE90003245

ЧСС: 120 уд/мин; Рост - 76,5 см; вес - 8,7 кг; ППТ - 0,43 кв.м.

Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате VIVID E90

Диаметр аорты: от синотубулярного соединения до восходящего отдела - от 14 до 15 (мм)

Диаметр аорты на уровне синусов Вальсальвы - 16 мм

Диаметр кольца аортального клапана: 13 мм

Раскрытие створок аортального клапана: 11 мм

Левое предсердие: 16 мм; объем=7 мл; ЛП/ППТ=16,2 мл/кв.м.

Правое предсердие: объем=6 мл; ПП/ППТ=13,9 мл/кв.м

КДР правого желудочка: 10 мм

МЖП: 4 мм КДР ЛЖ: 23 мм Задняя стенка ЛЖ: 4 мм

КДО ЛЖ, мл: 13 КСО ЛЖ, мл: 4 ФВ ЛЖ по Симпсону, %: 71 ($\geq 50\%$)

Диаметр клапана легочной артерии - 11 мм, ствола ЛА - 12 мм.

В ЛЖ: E/A=98/91=1,07; E/e (среднее)=7,84 (< 8); e латеральное=12 (> 10); e сегментальное=13 см/с (> 7); e/a (средние)= 0,93; скорость MR до 2,6 м/с.

В ПЖ в СВ: Скорость TR до 2,47 м/с. Расчетное СДЛА - 24+3=27 мм рт ст (норма до 35 мм рт ст)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Камеры сердца не расширены.

Миокард желудочков не утолщен.

Аорта не изменена.

Патологии клапанного аппарата сердца не обнаружено.

Зон асинергии миокарда ЛЖ не выявлено.

Глобальная систолическая функция ЛЖ не нарушена.

В режиме Допплер-ЭхоКГ регистрируются: небольшие митральная, трикуспидальная и легочная регургитации.

Максимальная скорость трансортального потока в выносящем тракте ЛЖ до 1,32 м/сек (градиент давления до 6,9 мм рт ст), в нисходящем отделе дуги аорты до 1,23 м/сек (градиент до 6,01 мм рт ст).

Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ.

Данных за легочную гипертензию не получено. СДЛА в норме. НПВ не расширена, спадается при вдохе на 50%.

Перикард без особенностей.



УЗИ брюшной полости

Печень

Расположение : типичное

Контуры : ровные, четкие.

Размеры

Толщина правой доли : 9.0 см.

Толщина левой доли : 3.8 см.

Хвостатая доля : 1.5

Воротная вена, диаметр : 0.6 см

Внутрипеченочные желчные протоки : не расширены.

Холедох : не расширен.

Структура паренхимы : однородная.

Эхогенность : не изменена

Объемные образования : не определяются.

Желчный пузырь

Контуры : ровные, четкие.

Форма : не изменена.

Размеры . длина : 6.4 см, толщина : 1.5 см

Содержимое : гомогенное

Стенки : не уплотнены, не утолщены.

Конкременты : не выявлены.

Образования : не выявлены

Поджелудочная железа

Контуры : ровные, четкие.

Размеры (толщина) . головка : 1.4 см, тело : 0.8 см, хвост : 1.5 см

Структура : гетерогенная

Эхогенность : немного выше эхогенности печени..

Вирсунгов проток : не расширен.

Образования : не выявлены.

Селезенка

Контуры : ровные, четкие.

Расположение : типичное

Размеры . длина : 6.1 см, толщина : 1.7 см

Структура паренхимы : однородная.

Эхогенность : не изменена

Образования : не выявлены

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эхографические признаки диффузных изменений поджелудочной железы.

Электрокардиография с расшифровкой

оборудование: Электрокардиограф MAC 5500 №417287

ЧСС : 128-135 уд. в мин.; PQ : 0,10 сек; QRS : 0.07 сек; QT : 0.29 сек

Положение электрической оси сердца: нормальное

Ротационные особенности сердца (смещение переходной зоны к V1V2: поворот левым желудочком вперед).

Ритм синусовый с ЧСС 128-135 уд в мин.

Возможно, электролитно-метаболические изменения.

Рентгенография грудной клетки (1 проекция)

область исследования: грудная клетка, цель исследования: диагностика

проекция: прямая

вид исследования: цифровое

количество процедур (снимков): 1



эффективная доза: измеренная 0,018 мЗв
без контрастирования

На р-грамме гр. клетки- лёгкие без видимых очаговых изменений. Корни структурны, слегка расширены. Бронхолёгочный рисунок усилен по перибронхиальному типу. Бронхи местами расширены, возможно, за счёт отека.

Диафрагма с приподнятым правым куполом, выраженный гиперопнеуматоз расширенных петель толстой кишки, синусы свободны. Сердце, аорта в пределах возрастной вариации. Поставлен ЦВК.

Консультации специалистов

31.03.2020

Прием (осмотр, консультация) врача-невролога, к.м.н.
активных нет, моторное развитие по возрасту.

Сознание ясное, интересуется игрушками.

Хорошо сидит, ползает, не стоит,

Менингеальных знаков нет

OD-OS, незначительное сходящееся косоглазие, зрачки симметричные, движения глаз в полном объеме, нистагма нет, лицо симметрично, курчковые точки безболезненные, чувствительных нарушений нет. язык по средней линии, атрофии языка нет, глотание не нарушено, голос обычный, слух не нарушен.

Сухожильные рефлексы снижены, симметричные

Парезов, параличей нет. мышечная сила удовлетворительная во всех отделах, атрофии мышц нет.

Мышечный тонус низкий, гипермобильность в суставах.

Сидит устойчиво, координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Походка не стоит не ходит

Гиперкинезов нет

Симптомов натяжения нет

ЛФК, массаж, занятия в бассейне.

Динамическое наблюдение невролога.

ДИАГНОЗ СОПУТСТВУЮЩИЙ: Z01.8 Другое уточненное специальное обследование

Описание диагноза:

Дисплазия соединительной ткани, вторичный нервно-мышечный синдром.

Дата постановки диагноза: 31.03.2020

Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога, к.м.н. 01.04.2020

оборудование: Комплект офт. оборуд. 2-229 каб.

Жалобы : Не предъявляет

Ап. morbi/vitae : ВГИ

Визометрия

Закапано Sol. Mydriacyli 0.5%, 4 кап.

Visus OD = предметное зрение

Visus OS = предметное зрение

OD Положение глаз в орбите: норма. Косоглазие: сходящееся. Веки: норма. Конъюнктивы: норма. Роговица: норма. Передняя камера влага прозрачная, равномерная. Радужка: норма. Зрачок: норма. Хрусталик: прозрачен: да. Стекловидное тело: норма

OS Положение глаз в орбите: норма. Косоглазие: сходящееся. Веки: норма. Конъюнктивы: норма. Роговица: норма. Передняя камера влага прозрачная, равномерная. Радужка: норма. Зрачок: норма. Хрусталик: прозрачен да. Стекловидное тело: норма

Глазное дно : OU ДЗН: бледно-розовый, границы четкие, ML: детали не удается офтальмоскопировать - ребенок беспокойный

Комментарии:

Диагноз: OU Сходящееся содружественное косоглазие

Рекомендовано:

1 Наблюдение офтальмолога по месту жительства в динамике

В ОТДЕЛЕНИИ при поступлении продолжена инфузионная терапия раствором глюкозы 20% со скоростью 45 мл/час (=18 мг/кг/мин), на фоне чего отмечалась эугликемия. При попытке снижения скорости инфузии до 30 мл/час через 1 час зафиксирована гипокетотическая гипогликемия с высоким уровнем инсулина. С 27.03.20 иницирована терапия Прогликемом в стартовой дозе 5 мг/кг/сут с последующим постепенным повышением до 14 мг/кг/сут, на фоне чего эффекта достигнуто не было. С 02.04.20 Прогликем был отменен и иницирована терапия Октреотидом в режиме непрерывной подкожной инфузии через помпу в стартовой дозе 3 мкг/кг/сут с последующим повышением до 13,3 мкг/кг/сут. На фоне терапии октреотидом в первые сутки отмечалась тенденция к гипергликемии, что позволило уйти на менее концентрированную инфузию (10% 20 мл/час = 3,9 мг/кг/мин), однако в дальнейшем отмечалась тахифилаксия и рецидивы гипогликемий. С 07.04 Октреотид был отменен, назначена терапия Глюкагоном в режиме непрерывной подкожной инфузии в стартовой дозе 1,4 мкг/кг/час с последующим повышением до 4,6 мкг/кг/час без существенного эффекта. 8.04.20 был проведен консилиум: учитывая фармакорезистентное течение заболевания, а также отсутствие неврологических осложнений гипогликемий, было принято решение воздержаться от хирургического лечения, придерживаться диетотерапии. Инфузионная терапия постепенно снижена и была полностью отменена 12.04.20. В рацион был добавлен кукурузный крахмал (2 стол ложки в сутки). На фоне дробного кормления с добавлением кукурузного крахмала показатели гликемии в течение суток колеблются от 2,1 до 3,1 ммоль/л. Гипогликемии преимущественно носят бессимптомный характер. 13.04 отмечены эпизоды замирания, выраженной вялости на фоне гликемии 2,8 ммоль/л, купированы приемом сладкого сока, в/в болюсом глюкозы, подкожкой октреотида.

За весь период госпитализации не лихорадила. При поступлении инфузия проводилась через ЦВК, установленный по месту жительства. С 06.04 в области пункции центральной вены появилось уплотнение, гиперемия. В анализах СРБ отрицательный. 09.04.20 ЦВК в плановом порядке под масочным наркозом переустановлен через левую подключичную вену. 14.04.20 удален. Аб-терапию не получала.

При поступлении в б/х анализе крови отмечалось повышение уровня трансаминаз, в связи с чем получала терапию Урсофальком 90 мг/сут с хорошим эффектом (в контрольных анализах цитолиза не отмечено).

Также при поступлении выявлена железodefицитная анемия, проводилась терапия препаратами железа и фолиевой кислоты. В динамике гемоглобин без существенных изменений.

На фоне применения прогликема и больших объемов инфузионной терапии в качестве профилактики отеков получала терапию Гипотиазидом.

На фоне терапии октреотидом отмечалась тенденция к стеаторрее, диарее, получала Креон. Кормится грудным молоком + прикорм. Усваивает. Прибавка веса адекватная.

Судорог, потери сознания за период обследования не отмечалось.

Заключение

У девочки врожденный гиперинсулинизм. Диагноз сомнения не вызывает. По результатам комплексного обследования констатировано фармакорезистентное течение. Учитывая клинико-анамнестические данные заподозрен дефект гена глюкокиназы (проводится молекулярно-генетическое исследование – результаты в работе). Учитывая отсутствие неврологических осложнений гипогликемии, а также невозможность в настоящий момент провести ПЭТ с ФДОФА (ПЭТ центры на карантине), от хирургического лечения было решено воздержаться. Обсуждался вопрос применения ингибиторов mTOR, как терапии третьей линии, однако, в силу большого количества побочных эффектов иммуносупрессивной терапии, а также отсутствия убедительных данных в ее эффективности при ВГИ, от данного вида лечения также было решено воздержаться. Принято коллегиальное решение о целесообразности диетотерапии. Дополнительно рекомендовано применение Глюкагона/Октреотида для купирования острых состояний. Дальнейшая тактика будет определена по результатам генетического обследования и доступности ПЭТ.

Выписывается в удовлетворительном состоянии домой под наблюдение эндокринолога по месту жительства. Обследование проведено в счет ОМС.

Рекомендации

1. Наблюдение эндокринолога, педиатра, невролога, офтальмолога по месту жительства
2. Дробное кормление грудным молоком + прикорм + кукурузный крахмал 2 стол ложки в сутки добавлять в пищу. Перед сном всегда давать кашу с крахмалом.
3. Контроль гликемии 4-8 раз в сутки и дополнительно при ухудшении состояния, появлении слабости, вялости, судорог, замираний. Дополнительно контролировать гликемию при ОРВИ, гипертермии, проведении проф вакцинации, рвотах, диарее.
4. При симптоматической гипогликемии – поить сладким, покормить, ввести Октреотид 20 мкг (20 ед инсулинового шприца) п/к с последующим контролем гликемии.
5. При гипогликемии и развитии судорог/потере сознания – вводить Глюкагон 1 мг п/к, экстренная госпитализация в стационар по месту жительства для проведения инфузионной терапии раствором глюкозы.
6. При удлинении ночного голодного промежутка перед сном вводить Октреотид 30 мкг (30 ед инсулинового шприца) п/к
7. Урсофальк 90 мг (2 мл) перед сном в течение недели
8. Активферин 15 кап x 3 раза в сутки в течение 2х недель с последующим общим анализом крови и консультацией педиатра
9. Повторная консультация в НМИЦ эндокринологии (возможно дистанционно) по результатам молекулярно-генетического исследования
10. Повторная госпитализация в НМИЦ эндокринологии через 3-6 мес или ранее при ухудшении состояния

Ребенок угрожаем по развитию метаболического криза (гипогликемия). Показан регулярный контроль гликемии. Просьба обеспечить необходимым объемом тест полосок!!! Выписка может быть предоставлена на МСЭК.

Контактов с инфекционными больными не было.

Лечащий врач, Ведущий научный сотрудник, Врач-детский эндокринолог, к.м.н.

Зав отделением эндокринопатий раннего детского возраста, к.м.н.

Меликян М. А.

Меликян М.А.

14 апреля 2020 г.



Подари ЗАВТРА!
Тяжелобольным детям Удмуртии