МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)
194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2,
Тел.: (812)2950646,
E-mail: spb@gpmu.org; http://www.gpmu.org
ОКПО 01963226, ОГРН 1037804002389
ИНН/КПП 7802010020/780201001

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЛИНИКА
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2
№ _____ от _____

___ _____ 20____ №_____

на №_____ от _____ _____ 20____

Педатрическое отделение №3
(812) 416-52-78, 295-96-22, 416-52-16

Выписка из истории болезни (справка) № 29765

Ф.И.О.: Рудольский Александр Иванович, 04.01.2012 года рождения. **Возраст:** 12 лет 9 мес.
Адрес регистрации: Красноярский край, г. Ачинск, 5 МКР, д. 24, кв. 56.
Адрес проживания: Красноярский край, г. Ачинск, 5 МКР, д. 24, кв. 56.
Находится на обследовании и лечении в 3 педиатрическом отделении (далее ПО№3) Педиатрического Университета
Дата поступления в ПО№3: 16.10.2024
Дата перевода в хирургическое отделение №3: 21.10.2024
Дата перевода в ПО№3: 21.10.2024
Дата перевода в хирургическое отделение №3: 24.10.2024
Дата перевода в ПО№3: 24.10.2024
Находится в отделении ПО№3 СПбГПМУ до настоящего времени.

Ребенок госпитализирован в ПО№3 для обследования, оценки эффективности проводимой терапии, решения вопроса о необходимости коррекции терапии.
При поступлении жалобы на повышение температуры тела до 38 С, боли в подколенной области и голени слева, отечность голени и ограничение движений в левом коленном суставе.

Анамнез болезни.
Беременность 1, без особенностей. Роды срочные, самостоятельные. Выписан из роддома на 7 сутки жизни.
В 1,5 мес. – впервые обструктивный бронхит, в терапии ингаляционные глюкокортикостероиды+бронхолитики
До 3х лет повторение эпизодов бронхобструктивного синдрома каждые 2 недели, в терапии ингаляционные глюкокортикостероиды+бронхолитики
В 1,5 года – гнойный отит. Получал антибактериальную терапию.
В 3г. – стенозирующий ларинготрахеит.
С 4х лет носовые кровотечения без анемизации. Кровотечения сохранялись до возраста 6-7 лет. Снижение фактора Виллебранда. Коагулопатий, значимых дефектов функции тромбоцитов не выявлено.
NGS-секвенирование – генетических вариантов, объясняющих причину заболевания, не выявлено.

В 7 лет (03.2019) – абсцесс преддверия носа, удалена грануляционная ткань. Гистологическое исследование (материал утерян): папилломатоз, акантоз, паракератоз, дисплазия покровного многослойного плоского эпителия.

12.2019 повторное удаление новообразования слизистой перегородки носа справа (папиллома слизистой).
10.2020 в ФМБА НИИ ЛОР выявлена перфорация перегородки носа. Гистологическое исследование: фрагмент слизистой покрыт многослойный неороговевающим эпителием, диффузная лейко-лимфоцитарная инфильтрация, данных в пользу онкологического заболевания и васкулита нет.
В 9 лет (03.2021) по данным МРТ придаточных пазух носа сохраняется перфоративный дефект перегородки носа. 05.2021 – пластика перфорации, после чего развилось кровотечение при перелете, рвота с кровью.
В первой половине 06.2021г. субфебрилитет 2 недели без очага инфекции. WBC 15х109/л, абсолютное количество нейтрофилов (далее АКН) 9х109/л. Выявлено снижение динамической функции тромбоцитов, которое трактовано как индивидуальная особенность; клинических данных за нарушение функции тромбоцитов не получено.
10.2021 консультация гематолога НМИЦ ДГОИ им. Рогачева, заключение: нельзя исключить качественный дефект тромбоцитов, локальные причины являются ведущими в патогенезе кровотечений. Ребенок с рецидивирующим папилломатозом, отягощенным течением п/о периода, лейкоцитозом; выполнено NGS-секвенирование иммунологической панели – патогенных вариантов не обнаружено.

В 9 лет (11.2021г.) перенес новую коронавирусную инфекцию. Выполнено КТ органов грудной клетки, впервые выявлена гепатоспленомегалия (+10 см), кистозное образование (УЗИ органов грудной клетки летом 2021 г. – без патологии).
МРТ органов брюшной полости 11.2021 – киста селезенки 8х7,5 см с перегородками. Рекомендовано оперативное лечение, предварительная вакцинация (не проводилась)
12.2021 удар животом, лапароскопическая спленэктомия. Гистологическое исследование (пересмотр в НМИЦ ДГОИ им. Рогачева) – картина кисты селезенки.
14.01.2022 (10 лет) – вакцинация «Менактра», «Превенар 13», профилактический курс азитромицина 9 мес.
С 27.01.2022 субфебрилитет, боли в животе, катаральные явления. Трактовался как ребенок с острым респираторным заболеванием.
С 08.03.2022 повышение температуры тела до 40 С. При осмотре педиатра описываются кисты с геморрагическим содержимым на коже рук, в полости рта, атфозный стоматит. После вскрытия кист – корочки. Лабораторно **WBC** 11,5-18,8х109/л, **АКН** 11,2х109/л, **PLT** 609-685х109/л, **СОЭ** 41 мм/ч, СРБ отр. Трактовка Ds – реакция на спленэктомию.
КТ придаточных пазух носа и органов грудной клетки 24.03.2022 – картина двусторонних полипозно-кистозных образований в гайморовых пазухах, утолщение слизистой решетчатого лабиринта. Подмышечный лимфоузел слева 15 мм. Проведен курс панцефа без эффекта.

11.05.2022 полно-экзомное секвенирование:
- гетерозиготная мутация с.1282C>T в гене C8B (Complement C8 Beta Chain). ТМК с НМИЦ ДГОИ им. Рогачева – ПИД исключен.
При повторном пересмотре данных выявлена гетерозиготная мутация с.9552G>T в гене LYST (lysosomal trafficking regulator), при гомозиготной мутации – синдром Чедиака-Хигаси.

Май 2022г. – боли в правом коленном суставе, признаки синовита по УЗИ. Лабораторно WBC 15,5х109/л, СРБ 24,3-6,0 мг/л, СОЭ 18мм/ч, СРБ 28мг/л. Фебрильная лихорадка сохраняется, после курса антибиотиком цефалоспоринового ряда сохранялся субфебрилитет

10.01.2023 впервые гнойный лимфаденит левой подколенной области.
WBC 22,8х109/л, СРБ 71,8 мг/л.
Посев гноя: aeromonas media (Гр-), lelliottia amnigena (Гр-).
Антибактериальная терапия: цефазолин, амикацин.

25.01.2023 абсцесс левой подколенной области.
WBC 10-21х109/л, нейтрофилез.
Посев стерилен после курса антибиотика (!).
Антибактериальная терапия: амикацин, метронидазол

06.02.2023 – рожистое воспаление левой подколенной области. Лимфангоит задней поверхности левой голени.
WBC 20х109/л, нейтрофилез, СРБ 19-56 мг/л
Посев крови стерилен, посев гноя не выполнялся.
Антибактериальная терапия: вильпрофен (сыпь, гипертензия), ванкомицин, метронидазол, амикацин

14.02.2023 – аскиллярный лимфаденит, боль в области левой стопы
WBC 18х109/л, СРБ 41 мг/л
Посев гноя – staph. epidermidis (Гр+)
Антибактериальная терапия: линезолид
Гистологическое исследование кожи и подкожно-жировой клетчатки: фрагмент жировой ткани с включениями фиброзной, лимфогистиоцитарная инфильтрация. В фиброзной строме – очаговые отложения черно-бурого пигмента (материал не предоставлен).

Госпитализация по месту жительства 24.04-02.06.2023. Трактовался как ребенок с хронической стафилококковой инфекцией.
WBC 12,5-28,5х109/л, СРБ 39-94 мг/л.
При обследовании:
УЗ-признаки тромбофлебита вен обеих верхних конечностей.
Миелограмма – гиперплазия лейкоцитарного ростка за счет гранулоцитарного с преобладанием нейтрофилов
Фиброколоноскопия– без патологии.
Посев гноя (локализация не указана) – золотистый стафилококк
Посев крови – стерильный
Гистологическое исследование лимфоузла – расширенные синусы с умеренной лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией, лимфоидные фолликулы неравномерные.
Уровень NSE – 128 мкг/л.
ПЭТ КТ – накопление фармпрепарата в левой подмышечной области, в лимфоузлах слева (воспалительного генеза?)
Получал антибактериальную терапию: ванкомицин, линкомицин, меропенем
Старт бициллинопрофилактики: Бициллин-5 1,5 млн в течение 3-х лет после спленэктомии

29.06-02.08.2023 госпитализация по месту жительства
Гнойное отделяемое в левой подмышечной области.
WBC 12-22х109/л, СОЭ 23-46 мм/ч, СРБ 63-115 мг/л
Антибактериальная терапия: бисептол, линкомицин, имипинем

Госпитализация в педиатрическое отделение №2 (далее ПО№2) СПбГПМУ 02.08-24.08.2023
При обследовании:
Панель на антифосфолипидный синдром – отр.
Антинуклеарный фактор, панель антинуклеарных антител – отр.
Гипериммуноглобулинемия (IgA 5.6, IgM 4.3, IgG 18г/л)
ФНО-альфа 6,7 пг/мл, ИЛ1-бета 36,1 пг/мл, ИЛ8 – более 250г/л
Инструментально не выявлен очаг инфекции
КТ органов грудной клетки – инфильтрация мягких тканей правой подмышечной области
Проводилась антибактериальная терапия, на фоне которой сохранялась постоянная фебрильная лихорадка
Трактовка Ds: Иммунодефицит недифференцированный с нарушением фагоцитоза

Повторная госпитализация в ПО№2 СПбГПМУ 07.09-28.12.2023, Ds: Ювенильный идиопатический артрит с системным дебютом
За время госпитализации 15.09.2023 развился гнойный лимфаденит левой подмышечной области.

При обследовании:
Фагобурст (НИИ Пастера):
↓гранулоциты, продуцирующие активные формы кислорода с E.coli 2.7% (норма от 95);
↓гранулоциты, продуцирующие активные формы кислорода с fMLP 0,6% (норма от 1)
Миелограмма – без патологии, цитогенетика – без патологии
Трепанобиопсия – реактивные изменения костного мозга
Эзофагогастродуоденоскопия – язва желудка, гастрит, бульбит
Фиброколоноскопия – картина нормы
RM, ДСТ отр., ТВ-ферон сомнит. Ds: ЛТИ? Терапия Изониазид+Пиразинамид
Из ЦВК и вены - высев Candida paprapsilosis, в терапии вариконазол, микафунгин.
06.10.2023 – развитие анемии средней степени тяжести, рвота с прожилками крови. ФГДС – язва желудка в стадии рубца

Лабораторно WBC 20-63х109/л, PLT 500-800х109/л, СОЭ 80мм/ч, СРБ 40-180мг/л, ПКТ 5-12нг/мл

Терапия:
Массивная антибактериальная терапия
ВВИГ 1г/кг - без эффекта
Преднизолон 1,5мг/кг - снижение температура тела до субфебрилитета, ↓WBC 16х109/л, СОЭ 30 мм/ч, СРБ 90мг/л
11.12-17.12.2023 Анакинра 100мг/сут. - субфебрилитет, ↓WBC 9,7х109/л, СОЭ 50 мм/ч, СРБ 122-38мг/л
18.12.2023 Тоцилизумаб 8мг/кг - WBC 22,3-16х109/л, СОЭ 9 мм/ч, СРБ 40 мг/л
25.12.2023 Канакинумаб 4мг/кг - ↓ WBC 8х109/л, СОЭ 12мм/ч, СРБ 7-3мг/л

По месту жительства:
01.2024 переносил острое респираторное заболевание, по КТ органов грудной клетки выявлен бронхиолит
01.2024 аденофлегмона правой акисллярной области. Из гнойного отделяемого высев citrobacter freunii, klebsiella oxytoca
Контроль органов грудной клетки в 02.2024 - минимальные проявления бронхиолита в S6
На терапии канакинумабом - 10-дневный эффект, после чего вновь фебрильная лихорадка, повышение СРБ 3-178 мг/л
03.2024 смена терапии на тоцилизумаб 8мг/кг/2 нед. Нормализация СРБ, снижение температуры тела до субферильных цифр, лейкоцитоз сохранялся
После каждого введения тоцилизумаба - отделяемое из подмышечных областей, трактовалось как лимфоррея. Посев отделяемого однократно с высевом staphylococcus aureus
С 02.2024 появилось образование в области правой голени, по данным УЗИ и МРТ - отек подкожно-жировой клетчатки и мышц.

Госпитализация в ПО№3 СПбГПМУ 28.05-22.07.2024
Повторно исключены онкогематологические заболевания (КТ органов грудной клетки, КТ органов брюшной полости, миелограмма, трепанбиопсия, биопсия шейного лимфоузла)
Посевы венозной крови стерильные (не было ЦВК)
Фагобурст (НИИ Пастера): ↓гранулоцитов, продуцирующих активные формы кислорода с fLMP 0,9% (норма от 1)
Фагобурст НМИЦ ДГОИ им. Рогачева - без отклонений
TREC 6.5 (норма от 30), CREC 76 (норма от 40)
ИЛ-6 >300 пг/мл, ИЛ-1 106,8 пг/мл, ИЛ-8 >250пг/мл, ФНО-альфа 18,6 пг/мл

Развитие 3-х эпизодов локальных гнойных инфекций:
- флегмона левой подколенной области 30.05.2024, высев staph. aureus
- флегмона левой подмышечной области 17.06.2024, высев enterobacter sp., enterococcus faecalis
- флегмона левой подмышечной области 11.07.2024, высев enterobacter sp.
Перед каждым эпизодом локальной гнойной инфекции - нарастание лейкоцитоза до 34,9х109/л за счет нейтрофилеза, СОЭ 77-91 мм/ч, СРБ до 255мг/л.
После вскрытия и дренирования очагов снижение лейкоцитоза до 17-14х109/л, СОЭ 29 мм/ч, СРБ 54 мг/л
В терапии старт тофацитиниба 10мг/сут.
Профилактическая терапия: Ципрофлоксацин, Флуконазол.

По месту жительства:
Осмотрен фтизиатром по м/ж: ДСТ 02.07.2024 – р 10мм.
Интерфероновый тест от 06.06.2024 - отр.
Ds: Аномальная реакция на туберкулин. Латентная туберкулезная инфекция.

Госпитализация по месту жительства 01.08-15.10.2024.
Несколько эпизодов флегмон в подмышечных областях с высевом патогенной флоры в каждый эпизод (Staph. haemolyticus, Klebdiella oxytoca, Staph. aureus), локализации не указаны.
Последний эпизод (лимфаденит левой аксиллярной области) 20.09.2024, после вскрытия очага - длительное стояние дренажа.
Получал серию антибактериальных препаратов (в выписке не указаны даты курсов), последний антибактериальный препарат - цефепим 1000 мг 2 р/сутки.

В связи с жалобами на нарушение дыхания, выраженную одышку выполнено КТ органов грудной клетки 12.08.2024 - левосторонний гидроторакс (около 20 мл жидкости), субплевральные изменения в легких с двух сторон (0,3-0,4 см), подмышечная лимфоаденопатия с двух сторон.
С 14.10 вновь повышение температуры тела выше 38С, боль в мягких тканях левой голени (УЗИ не выполнялось).

Госпитализация в ПО№3 СПбГПМУ с 16.10.2024 по настоящее время
Объективно при поступлении: рост 163 см, вес 60 кг.
Т тела 38,5С, АД 125/78 мм рт.ст., ЧСС 130-135 уд. в мин., ЧД 20 в мин.
Состояние средней степени тяжести по заболеванию. Самочувствие нарушено за счет болевого синдрома. Кожные покровы физиологического цвета, в области левого локтевого сустава по сгибательной поверхности, в правой подчелюстной области - келоидные рубцы. В левой и правой подмышечной области рубцы, без отделяемого на момент осмотра. Периферических отеков нет.
Носовое дыхание свободное. Катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные.
Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.
Тоны сердца ясные, ритмичные.
Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный (со слов). Мочеиспускание свободное, безболезненное.
Суставной статус: Снижена мышечная сила в кистях. В области левой голени пальпируется плотное образование, болезненна пальпация по задней поверхности левого коленного сустава. Болевая контрактура левого коленного сустава. Не может встать на пятку в связи с иррадиацией болевого синдрома в область плотного образования левой голени.

КТ органов грудной клетки: Свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. КТ-признаки единичных небольших очагов уплотнения в легких. Лимфоаденопатия внутригрудных и подмышечных лимфатических узлов. Уплотнение подкожной клетчатки подмышечных областей с обеих сторон. КТ-признаки незначительной вентральной клиновидности тела Th9 позвонка – вероятно, последствия компрессионного перелома. В сравнении с данными МСКТ от 12.08.2024 года – положительная динамика – полностью нивелировался участок консолидации в S10 сегменте левого легкого, нивелировались бывшие признаки минимального левостороннего гидроторакса, восстановилась пневматизация легочной ткани левого легкого.

Локальные гнойные инфекции:
- Абсцесс левой подколенной области, вскрытие 24.10.2024, высев Staph. aureus, Pseudomonas aeruginosa
- Абсцесс левой подколенной области, вскрытие 26.10.2024, высев Staph. aureus

Перед образованием флегмоны отмечена высокая лабораторная активность: WBC 29,5х109/л, АКН до 22х109/л, PLT до 934х109/л, СОЭ 98-120 мм/ч, СРБ 249-266 мг/л.
Снижение лабораторной активности после хирургического лечения абсцесса и проведения антибактериальной терапии: WBC 9,3х109/л, СОЭ 74 мм/ч, СРБ 60-75 мг/л.

Врачебный консилиум о 07.11.2024 в составе:
и.о. заместителя главного врача Клиники СПбГПМУ по лечебной работе Штернлихт К.В.,
врач аллерголог-иммунолог НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, к.м.н. Лаберко А.Л.,
профессор кафедры госпитальной педиатрии СПбГПМУ, д.м.н. Костик М.М.,
профессор кафедры факультетской педиатрии СПбГПМУ, д.м.н. Кузнецова А.А.,
заведующая педиатрическим отделением №3 СПбГПМУ, доцент кафедры госпитальной педиатрии, к.м.н. Калашникова О.В.,
врач-ревматолог педиатрического отделения №3 СПбГПМУ, ассистент кафедры госпитальной педиатрии Масалова В.В.,
врач-ревматолог педиатрического отделения №3 СПбГПМУ, к.м.н. Исупова Е.А.,
врач-ревматолог педиатрического отделения №3 СПбГПМУ Канева М.А.,
врач-ревматолог педиатрического отделения №3 СПбГПМУ, к.м.н. Сорокина Л.С.,
ассистент кафедры госпитальной педиатрии СПбГПМУ Лихачева Т.С.,
врач-педиатр педиатрического отделения №2 СПбГПМУ Лобачева А.А.,
лечащий врач-ревматолог педиатрического отделения №3 СПбГПМУ, ассистент кафедры госпитальной педиатрии Калашникова Э.М.

Заключение консилиума:

1. У ребенка зафиксирована корреляция между нарастанием проявлений системного воспаления, а именно лейкоцитоза за счет выраженного нейтрофилеза, тромбоцитоза, СОЭ и СРБ, а также фебрильной лихорадки, и доказанными рецидивирующими инфекционными событиями кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфоузлов, что позволяет в настоящее время сделать вывод о том, что у ребенка, наиболее вероятно, имеет место течение первичного иммунного дефицита.
2. Учитывая нарастание системного воспаления в моменты появления гнойных локальных заболеваний и его снижения после их разрешения, отсутствие таких проявлений как серозит, генерализованная лимфаденопатия, кратковременная эритематозная сыпь; неуспешность проведения терапии ГИБП позволяют сделать вывод о том, что течение у ребенка ювенильного идиопатического артрита с системным вариантом дебюта маловероятно.
3. С целью дообследования для поиска генетического дефекта, который мог бы объяснить течение первичного иммунодефицита у пациента, рекомендовано выполнить полногеномное секвенирование, хромосомный микроматричный анализ.
4. Для оценки функционального состояния нейтрофилов рекомендовано выполнение исследования хемилюминесценции нейтрофилов.
5. Учитывая неуспешность проведения предыдущих профилактических курсов антибактериальной терапии, а именно азитромицина, ко-тромикосазола, защищенных пенициллинов, ципрофлоксацина, принято решение о смене профилактической противомикробной терапии на антибактериальный препарат резерва - линезолид; а также смена антимикотической терапии с флуконазола на итраконазол в возрастных дозировках длительно.
6. В связи с неэффективностью проводимой терапии тофацитинибом, а также внутривенным иммуноглобулином в профилактических дозировках продолжение данной терапии в дальнейшем нецелесообразно.
7. Дальнейшее наблюдение пациента необходимо осуществлять в условиях профильного учреждения для определения дальнейшей тактики ведения, в том числе решения вопроса о возможной трансплантации костного мозга.

Проведенная терапия:

- Тофацитиниб 5 мг 2 р/день внутрь, отмена с 09.11.2024
- Ципрофлоксацин 500мг 1 р/день
- Флуконазол 450 мг 1 р/день
- Фолиевая кислота 5 мг 1 р/день
- Омепразол 20 мг 1 р/день
- Каптоприл 25 мг при повышении АД выше 130/85 мм рт.ст.
- Атаракс 25мг 1 таб. на ночь 16.10-28.10.2024, ½ таб. утро + 1 таб. вечер 29.10-31.10.2024, ½ таб. утро + 1,5 таб. вечер с 01.11.2024
- При повышении Т тела выше 38,5С:

Ибупрофен 400мг до 3 р/день
при неэффективности - Парацетамол 500 мг внутрь до 4 р/день;
при неэффективности – S. Analgini 50% 1.0 ml + S. Suprastini 2% - 1.0 ml в/м до 2 р/день
при неэффективности – Кетопрофен 100 мг до 2 р/день

- При болевом синдроме со стороны левой голени: Диклофенак 50мг до 2 р/день, с 18.10 – до 3 р/день
- Амикацин 20мг/кг - 1200мг/сут. в/м 16.10-21.10.2024
- Цефоперазон/сульбактам 1г+1г 3 р/день 22.10-30.10.2024
- Гентамицин 60мг 3 р/день 29.10-05.11.2024
- Повязки с хлоргексидином на область верхней трети левой голени с 18.10-21.10.2024, с 09.11.2024

Диагноз

Основной: Первичный иммунодефицит, недифференцированный.

Сопутствующий:

Постспленэктомический синдром.
Анемия хронического воспаления.
Хронический гастродуоденит, Нр+, ремиссия.
Язвенная болезнь желудка (субкардиальный отдел), ремиссия.
Субатрофический ринит. Рецидивирующие носовые кровотечения. Состояние после пластики носовой перегородки от 2020г. Послеоперационная хрящевая деформация переднего отдела носовой перегородки.
Лабильная артериальная гипертензия.
Латентная туберкулезная инфекция.

Флегмона левой подколенной области 30.05.2024.
Флегмона левой подмышечной области 17.06.2024.
Флегмона левой подмышечной области 11.07.2024
Абсцесс левой подколенной области 21.10.2024
Абсцесс левой подколенной области 24.10.2024.

Осложнение сопутствующего диагноза: Мышечная контрактура левого коленного и левого голеностопного суставов.

Операции: Ангиография магистральных сосудов и сердца, балонная вазодилатация, постановка периферически-имплантированного ЦВК (BardGroshong 3F) доступ через правую головную вену от 04.08.2023г.

Ангиография магистральных сосудов и сердца, балонная вазодилатация, постановка периферически-имплантированного ЦВК (BardGroshong 3F) доступ через левую головную вену от 16.08.2023.

Ангиография магистральных сосудов и сердца. Баллонная вазодилатация. Постановка периферически-имплантиторванного центрального венозного катетера (Bard PowerPicc Solo2 4F) доступ через правую головную вену от 08.09.2023.

Гнойный лимфаденит левой подмышечной области, разрез, дренирование от 15.09.2023.

Ангиография магистральных сосудов и сердца. Баллонная вазодилатация. Постановка периферически-имплантиторванного центрального венозного катетера (BardGroshong 4F) доступ через левую основную вену от 10.11.2023.

Флегмона левой подколенной области, дренирование от 30.05.2024.
Флегмона левой подмышечной области, дренирование от 17.06.2024.
Флегмона левой подмышечной области, дренирование от 11.07.2024
Абсцесс левой подколенной области, дренирование от 21.10.2024
Абсцесс левой подколенной области, дренирование от 24.10.2024.

Гемотрансфузии: Эр-взвесь A(II) Rh+ ccDEeK- от 17.11.2023, от 22.12.2023

Рекомендовано:

1. С целью дообследования для поиска генетического дефекта, который мог бы объяснить течение первичного иммунодефицита у пациента, рекомендовано выполнить хромосомный микроматричный анализ.

Карантина в отделении нет.

Лечащий врач **Калашникова Э.М.**