

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА**  
**"ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ**  
**ІМЕНІ АКАДЕМІКА О.М.ЛУК'ЯНОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ**  
**НАУК УКРАЇНИ"**

**ЦЕНТР ДИТЯЧОЇ ГЕПАТОЛОГІЇ**

04050, Україна, м Київ  
 вул. П.Майбороди, 8

Тел. (044) 489-07-55  
 Факс: (044) 483-80-26  
 e-mail – c.hepatology@ ukr.net

**ВИПІСКА № 11**

**П.І.Б. Петренко Юрій Миколайович**

Дата народження: 07.06.2009

Домашня адреса: м. Дніпро, пров. Джинчарадзе, 1, кв. 99

Клінічний діагноз:

Хвороба Крона, PCDAI 15 балів, легка форма, ураження товстого та тонкого кишечника ( термінальний ілеїт). Доліхосигма.

Недиференційований дефіцит антитіл.

Позагоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія в фазі розсмоктування, ДН0ст. Хронічний бронхіт (гнійний двобічний ендобронхіт), період загострення. Хронічна синьогнійна інфекція.

Органічне ураження ЦНС- арахноїдальна кіста, інтелектуально-мнестична недостатність, загальний недорозвиток мови II-III типу, дислексія, дисграфія.

Мінеральної щільності кісткової тканини нижче референтних значень.

Недостатність вітаміну D. Аденоїдні вегетації 0-I (аденотомія 2013 р). Викривлення перетинки носа. Рекурентний тонзиліт. Плосковальгусна деформація стоп

Ризик Лейденської тромбофілії.

Лікувався і спостерігався у відділенні дитячої гепатології  
 ДУ «ІПАГ НАМНУ» з 11.01.2021 по 05.02.2021р.

**Загальний аналіз крові:**

Аналіз крові	Hb, г/л	Er., x10 <sup>12</sup> /л	Hct, %	Лейк., x10 <sup>9</sup> /л	Тр., x10 <sup>9</sup> /л	ШОЕ мм/год	Лейк. ф-ла				
							є., %	нейтр., %	баз., %	л., %	мон., %
12.01.2021	130	4,70	38,2	7,20	281	12	3,7	56	0,8	31	8,3
28.01.2021	127	4,58	37,3	6,29	240	5	4,8	53,7	1,5	31,2	8,8
05.02.2021	125	4,56	37,9	6,68	218	5	3,7	50,4	1,6	34,9	9,4

**Біохімічне дослідження крові.**

Біохім. аналіз крові	Заг. білок г/л	Альбуміни	СРБ (до10)	Білірубін, мкмоль/л	АлАт V/1	АсАт V/1
12.01.2021	66,3	37,8	5,3	16,0	18	25
28.01.2021	63,6	37,9		9,3	19	20

Тимолова проба, Од.	Креатинін, мкмоль/л	Глюкоза, ммоль/л	Сечовина, ммоль/л	Холестерин, ммоль/л	ГГТ, V/1	ЛФ, V/1	МНВ	Фібрин, мг	Протромб. інд., %	Фібриноген, г/л	Фібриноген Б	Протромб. час, с	АЧТ Ч, с
1,0	0,065	4,94	3,51	3,75	11	182		15	72,6	3,32	+		
3,6	62	4,88	3,23	3,94		190	1,1		82,8	3,51		15,1	24,2

**Час і тривалість кровотечі 12.01.21 п - 3'30'' к - 4'40'', 14.01.21 п - 4'30'' к - 5'50''**

**12.01.21 IgG – 13,5 г/л (7,3-13,5), IgA – 2,9 г/л (0,9-2,6), IgM – 0,4 г/л (0,6-1,6)**

**Субпопуляція лімфоцитів 14.01.2021:**

Лейкоцити - 7250/1мкл (4700-8000)

Лімфоцити 32,8 % (35-55)

Лімфоцити 2380/1мкл (1100-5900)

Т-лімфоцити (CD3+) 57,3% ( норма 60-80)

Т-лімфоцити (CD3+) 1365/1мкл ( норма 1200-2600)

Т-хелпери (CD3+ CD4+) 30,3% ( норма 31-47)

Т- хелпери (CD3+ CD4+) 722/1мкл ( норма 650-1500)

Т-цитотоксики (CD3+ CD 8+) 25% ( норма 18-35)

Т-цитотоксики (CD3+ CD 8+) 595/1мкл ( норма 370-1100)

Тх/Тц співвідношення 1,2 (1,0-2,5)

В-лімфоцити (CD19<sup>+</sup>) 23,5% ( норма 13-27)

В-лімфоцити (CD19<sup>+</sup>) 559/1мкл ( норма 270-860)

NK-клітини (CD3+ CD16/56<sup>+</sup>) 18,7% (норма 4-17)

NK-клітини (CD3+ CD16/56<sup>+</sup>) 445/1мкл ( норма 100-480)

25 ОН вітамін D загальний – 10,74 нг/мл (10-29 недостатність)

**Антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла (pANCA, cANCA) – <20 – негативно**

**Квантифероновий тест від 04.02.2021 - негативний**

**Аналіз крові на групу крові і резус-фактор: Група крові у відділ. – А (II)**

**Група крові в пробірці – А (II), Резус-фактор – (+) позитивно**

**Загальний аналіз сечі** Питома вага – 1020, рН – 5,5, епіт. клітини – 3-4 в п/з, лейкоц. – 2-3 в п/з, еритроц. – 1-2 в п/з, солі оксалатів – у великій кількості

**08.01.21 Кальпротектин фекальний – 272,8 мкг/г (до 50)**

**13.01.21 Панкреатична еластаза калу 477,6 мкг/г (норма >200)**

**13.01.21 Копрограма** Реакція Грегерсона – негативна, я/г – не виявлено, н/ж – 1-3 ,ж/к – немає, трипельфосфати – 1-3

**15.01.21 Мікробіом кишківника методом ПЛР**

Анаеробний дисбаланс (кількість бактероїдів значно перевищує кількість *F.prausnitzii*). Виявлено *Klebsiella pneumoniae* в кількості  $4 \times 10^{10}$ , *Proteus spp.* в кількості  $5 \times 10^8$ , *Fusobacterium nucleatum* в кількості  $7 \times 10^6$ . Виявлено ентеробактерії родів *Enterobacter* та *Citrobacter* в кількості  $9 \times 10^7$ . Виявлено дріжджоподібні гриби роду *Candida* в кількості  $3 \times 10^7$ . Виявлено *S.albicans*

**19.01.21 Дослідження хлоридів поту** Мало поту, 02.02.21 р. хлориди поту 35 мекв/л

**20.01.21 Мікробіологічне дослідження і визначення чутливості виділених культур до антибіотиків**

**Мокротиння:** *Ps.aeruginosa* (резистентність до меропенему) – пом. ріст, гриби роду *Candida* – ск. ріст

**Ніс:** *St.epidermidis* – пом. ріст, *St.viridans* – ск. ріст

**Ротова порожнина:** *St.epidermidis* – ск. ріст

**Зів:** *Ps.aeruginosa* (резистентність до меропенему, чутливість до цефтриаксону +/-) – зн. ріст, гриби роду *Candida* – ск. ріст

## **22.01.21**

### **Коагулограма**

**Антитромбін III** – 112,7% (80-120)

**Фактор VIII** – 309 % (50-150)

**Фактор IX** – 85,7% (65-150)

**Фактор V** – в роботі

**Фактор Віллебранда (актив.)** – 162% (38-135 (49-169)%)

**Протеїн С** – 115% (70-140)

**Протеїн S (вільний)** – 108 (57,6-112,5)

### **ЕКГ(12.01.21)**

Синусова аритмія. ЧСС – 85 уд/хв. Інтервал R-R (сек) - (0,78-0,65) ЧСС (уд/хв) - (77-92)

Вертикальне положення електричної вісі серця: 79 град. ЕКГ варіант норми

### **ЕЕГ (14.01.2021)**

На фоновій кривій ЕЕГ значні загально мозкові зміни у вигляді явищ дизритмії та ірритації. Зональні відмінності ритмів добре виражені.

Ознаки міжпівкульної асиметрії. Збільшений індекс повільнохвильової активності.

Фокальні порушення у вигляді гострих хвиль, спайк-хвиль спостерігаються у значній кількості, більше виражені у правій півкулі в центральні-скроневих і потиличних відведеннях. Групи регулярних дельта-хвиль частотою 4 Гц спостерігаються в потилично-скроневих відведеннях праворуч. Нормальна реакція на фізіологічні навантаження. Пароксизмальної активності, елементів судомної активності під час дослідження не спостерігалось. Спостереження в динаміці.

### **ФЕГДС (16.01.21)**

Стравохід вільно прохідний, незвужений, недеформований.

Слизова оболонка стравоходу звичайного кольору. Кардія закривається.

Шлунок звичайної форми, розправляється повітрям вільно. Складки слизової оболонки шлунку звичайні, еластичні, розправляються повітрям. Секреторна рідина міститься в незначній кількості, прозора. Слизова оболонка шлунку гіперемована в нижній третині шлунку, антральному відділі.

Рельєф слизової оболонки незмінений. Воротар правильної форми, змикається.

Цибулина ДПК звичайного кольору. Слизова оболонка цибулинного відділу звичайного кольору. Біопсія ДПК.

**Заключення:** Еритематозна гастропатія

**Дослідження біоптату слизової оболонки 12-палої кишки:** при гістологічному дослідженні поверхневий епітелій з ділянками десквамації, нерясно інфільтрований лімфоцитами. Власна пластинка слизової дифузно, помірно інфільтрована лімфоцитами, плазматичними клітинами, з ділянками набряку, фіброзу, дилатацією судин, фокусом проліферації фібробластів. Архітектоніка більшості залоз збережена. В підслизовій основі вогнища набряку, фіброзу.

**Висновок:** хронічний помірний дуоденіт

### **Фіброколоноскопія (16.01.21)**

Перианальна ділянка звичайна. Колоноскоп введений в термінальний відділ клубової кишки. Тонус анальних сфінктерів нормальний. Просвіт товстої кишки розправляється рівномірно. Проходження відділів кишечника затруднене через подовження сигмоподібної кишки. Тонус кишки нормальний. Гаустра колі чіткі. Судинний малюнок збережений. Слизова оболонка помірно гіперемована, блискуча, місцями з лімфо-фолюлярною гіперплазією (сигмоподібна кишка). Набряку слизової немає, контактна кровотеча відсутня, геморагій, виразок та ерозій нема. Поліпів, псевдополіпів, розростань слизової нема. Дивертикулів, гемороїдальних вузлів, п/о рубців, сторонніх тіл, кишкових

синусів, пухлин немає. Біопсія стінок кишечника проводилась: тонка, висхідна, поперечно-ободова, низхідна, сигмоподібна, пряма.

**Висновок:** Коліт. Доліхосигма.

**Дослідження біоптату слизової оболонки тонкої та товстої кишки:** при гістологічному дослідженні біоптатів, взятих на різних рівнях, відмічається

**Тонка кишка:** слизова оболонка з фокальним зменшенням кількості залоз, поверхневий епітелій з ділянками десквамації, базальна мембрана вогнищево потовщена. Власна пластинка нерівномірно інфільтрована лімфоцитами, плазматичними клітинами, еозинофілами, нейтрофілами (вогнища 2-4 в п/з), з вогнищами фіброзу, дилатацією судин. В товщі власної пластинки відмічається наявність ділянок регенераторного характеру з рясною лімфо-плазмоцитарною інфільтрацією, проліферацією фібробластів, колагенових волокон. Залози у власній пластинці розташовуються нерівномірно, одиничні вистелені сплосченим епітелієм. М'язова пластинка фрагментована. В підслизовій основі виражена лімфо-плазмоцитарна інфільтрація, відмічаються вогнища набряку, фіброзу.

**Висхідний відділ ободової кишки:** поверхневий епітелій з ділянками десквамації, базальна мембрана вогнищево потовщена. Власна пластинка нерівномірно інфільтрована макрофагами, лімфоцитами, плазматичними клітинами, еозинофілами, з вогнищами набряку, дилатацією судин. У базальному відділі власної пластинки відмічається фокальне підвищення щільності клітинного інфільтрату. Архітектоніка більшості залоз збережена. В підслизовій основі виражена лімфо-плазмоцитарна інфільтрація, виявляються вогнища набряку.

**Поперечно-ободова кишка:** базальна мембрана поверхневого епітелію фокально ущільнена. Власна пластинка нерівномірно інфільтрована макрофагами, лімфоцитами, плазматичними клітинами, еозинофілами (в невеликій кількості), з вогнищами набряку. В товщі слизової оболонки відмічається вогнище регенераторного характеру з рясною лімфо-плазмоцитарною інфільтрацією, проліферацією фібробластів, колагенових волокон. Залози у власній пластинці розташовуються нерівномірно, архітектоніка більшості з них збережена. М'язова пластинка фрагментована. В підслизовій основі відмічаються вогнища фіброзу, фокуси проліферації фібробластів, виражена лімфо-плазмоцитарна інфільтрація.

**Низхідний відділ ободової кишки:** базальна мембрана поверхневого епітелію фокально ущільнена. Власна пластинка нерівномірно інфільтрована макрофагами, лімфоцитами, плазматичними клітинами, одиничними еозинофілами, з вогнищами набряку, фіброзу, фокусами проліферації фібробластів. Архітектоніка залоз збережена. М'язова пластинка фрагментована. В підслизовій основі відмічається лімфо-плазмоцитарна інфільтрація.

**Сигмовидна кишка:** поверхневий епітелій з ділянками десквамації, базальна мембрана фокально потовщена (вогнища більше 10 мкм). Власна пластинка нерівномірно інфільтрована макрофагами, лімфоцитами, плазматичними клітинами, еозинофілами та одиничними нейтрофілами, з вогнищами фіброзу, фокусами проліферації фібробластів. В товщі слизової оболонки відмічається фокальне підвищення щільності клітинного інфільтрату. Архітектоніка більшості залоз збережена.

**Пряма кишка:** слизова оболонка з фокальним зменшенням кількості залоз, поверхневий епітелій вогнищево інфільтрований нейтрофілами, базальна мембрана фокально потовщена (фокуси близько 10 мкм). Власна пластинка рясно, трансмукозно інфільтрована лімфоцитами, плазматичними клітинами, еозинофілами та нейтрофілами (в невеликій кількості), з дилатацією судин. Відмічається підвищення щільності запального інфільтрату в базальному відділі слизової оболонки. М'язова пластинка фрагментована, в підслизовій основі виражена лімфо-плазмоцитарна інфільтрація.

**Висновок:** хронічний активний коліт, хронічний активний термінальний ілеїт (активність мінімальна). Виявлені морфологічні маркери запального захворювання кишечника, більш характерні для хвороби Крона.

**УЗД ОЧП (18.01.21) Виражений метеоризм.**

Печінка збільшена в розмірах: ПЗР правої частки – 123 мм, лівої частки – 52 мм, кут печінки гострий, контури чіткі, рівні, ехогенність паренхіми незначно рівномірно

підвищена, структура однорідна, відмічається помірне ущільнення стінок жовчних протоків і судин печінки.

Портальна вена – 7,6 мм. При доплерометрії спектр кровотоку в печінкових венах трьохфазовий.

У воротах печінки візуалізуються лімфатичні вузли розміром до 13,4 мм, звичайної структури.

Жовчний міхур овальної форми з перегином в ділянці шийки та дна, збільшений в розмірах: 82x27 мм, стінка ущільнена, дещо потовщена до 2,7 мм, має шаруватий характер, вміст анехогенний.

Підшлункова залоза візуалізується повністю, збільшена в розмірах: голівка – 27 мм, тіло – 18 мм, хвіст – 29 мм ехогенність тканини помірно нерівномірно підвищена, структура однорідна.

Селезінка не збільшена в розмірах: 93x40 мм, структура однорідна. Стовбур селезінкової вени – 5,6 мм. У воротах селезінки візуалізуються лімфатичні вузли розміром до 7,6 мм, звичайної структури.

Права нирка розташована у типовому місці, овальної форми, розмірами: 96x32 мм, товщина паренхіми – 14 мм, ЧМС помірно ущільнена з дрібними гіперехогенними структурами розміром до 2 мм, без ехотіні.

Ліва нирка розташована в типовому місці, овальної форми, розмірами: 96x38 мм, ЧМС помірно ущільнена з дрібними гіперехогенними структурами розміром до 2 мм, без ехотіні.

Візуалізуються множинні мезентеріальні лімфатичні вузли розміром до 14 мм, в правій здухвинній та параумбілікальній ділянці до 18 мм, звичайної структури.

Візуалізується вільна рідина у правому фланку висотою 8,4 мм.

**Висновок:** УЗ-ознаки дифузних змін печінки, реактивних змін тканини підшлункової залози. Лімфаденопатія.

#### **Комп'ютерна томографія органів грудної клітки (22.01.21)**

На серії КТ-зрізів білатерально в S4,5, зліва в нижній долі S8,9,10 виявляються ділянки підсиленого, деформованого легеневого малюнку з вогнищеподібною інфільтрацією слабкої інтенсивності по типу "дерево в бруньках".

На іншому протязі в паренхімі обох легень вогнищево-інфільтративні, об'ємні процеси не візуалізуються.

Трахея та крупні бронхи вільно прохідні.

В межистинні лімфатичні вузли не візуалізовані.

Аксілярні лімфатичні вузли не збільшені.

Скеліття діафрагми чіткі, звичайно розташовані. Плевра не змінена. Вільна рідина в плевральній порожнині не визначається.

Кістково-деструктивних змін не виявлено.

М'які тканини грудної клітки без особливостей.

**Висновок:** КТ-ознаки двобічної полісегментарної пневмонії в фазі розсмоктування. В порівнянні з КТ-обстеженням від 12.12.2019 позитивна динаміка процесу: виражене відновлення пневматизації паренхіми білатерально.

**ЕЕГ від 25.01.2021 року** – помірні загальні зміни у вигляді дезорганізації та періодичного дифузного вповільнення основної активності. Періодичне регіональне вповільнення фонові активності в лівих скронево-тім'яних відведеннях. Епілептиформної активності не виявлено.

**Двохфотонна рентгенівська абсорбціометрія (28.01.2021):** BMD тіла : 0,567, Z-score тіла: -3,1; BMD поперекового відділу хребта 0,472, Z-score поперекового відділу хребта: -2,3.

**Трахеобронхоскопія (03.02.2021р.)** –проведено посів з правого та лівого головних бронхів. Санація з антибіотиком, відмічено виділення слизово-гнійних мас з усіх дольових бронхів. **Заключення:** гнійний двобічний ендобронхіт

**Консультований:** зав. відділення д.м.н., проф. Березенко В.С.

Дієтологом- рекомендації надано, Логопедом, ЛОР

Неврологом - Органічне ураження ЦНС- арахноїдальна кіста, інтелектуально-мнестична недостатність, загальний недорозвиток мови II-III типу, дислексія, дисграфія. Рекомендовано: Виконати нічний відео ЕЕГ моніторинг. Гліатилін 400 мг 1 капсула х2р на день вранці та ввечері на 2 міс

Д.м.н.Балацькою Н.І. - Мінеральної щільності кісткової тканини нижче референтних значень. Недостатність вітаміну D. Рекомендовано: Олідетрим 4000 МО щодня протягом 1 міс, після чого перейти на 2000МО щодня протягом року, Кальцемін адванс 1т х2р на день(після обіду та ввечері) протягом 1 року. Контроль денситометрії 1р на рік

**Фтизіатром (Вербняк Ольга Олександрівна від 22.01.2021 року):** Туберкульозу органів дихання не виявлено. Рекомендовано профілактичне лікування ізоніазидом 0,3 та рифампіцином 0,3 після сніданку разом протягом 3 міс. QFT 1р на рік, спостереження фтизіатра у групі ризику до 18 років.

**Консиліум у складі проф.Березенко В.С., імунолога к.м.н. Гільфанової А.М., алерголога-пульмонолога д.м.н. Уманець Т.Р., к.м.н.Діба М.Б., лікуючого лікаря:** у зв'язку з наявністю гнійного ендобронхіту на фоні лікування хумірою, відсутності активного запального процесу в кишківнику за даними ендоскопії та морфологічного дослідження запальної оболонки подальше лікування хумірою несе ризик генералізації бактеріальної флори. У зв'язку з чим подальше лікування хумірою рекомендовано припинити, продовжити 5 аміносаліцилатами та подальше динамічне спостереження за динамікою хвороби Крона у пацієнта.

**Зріст – 144 см, маса – 31 кг**

**Проведено лікування:**

Салофальк 2г на добу, з 03.02.2021 року замінено на пентасу в дозі 2,5 г на добу+ свічки 1000 мг ректально

Урсохол 500 мг на добу

Підготовка перед колоноскопією: ізіклін, дуфалак та очисні клізми

Біовен моно не введено 21.01.2021 року – у зв'язку з тим, що препарат знаходиться за місцем мешкання

**Рекомендації:**

1. Дотримання рекомендацій з харчування згідно рекомендацій дієтолога. Модулен 200 мл х 2р на добу
2. Дотримання режиму дня і відпочинку, уникати емоційного та фізичного перенавантаження
3. Д облік імунолога, пульмонолога, фтизіатра, гастроентеролога та ЛОР за місцем мешкання
4. За умови досягнення ремісії санаторно-курортне лікування пульмонологічного профілю
5. Заняття з розвитку мовлення
6. Виконувати дихальну гімнастику згідно рекомендацій фізіотерапевта
7. Біовен моно 2,5 г (10 флаконів 10% біовен моно 09.02.2021 року), потім - Біовен моно 500 мг/кг кожні 3 тижні
8. Ципрофлоксацин 250 мгх2р на добу (500 мг на добу) протягом 3 тижнів
9. Інгаляційно колістін 2 млн ОД двічі на день протягом 3 міс, після чого виконати бакпосів мокроти для визначення подальшої тактики терапії

10. Пентаса 2,5 г на добу per os ( 1,5 г зранку та 1г ввечері) + 1000 мг 'per rectum тривало! Самостійно не корегувати!!!
11. Флюдитек 2% (карбоцистеїн) 5мл тричі на добу протягом 3-4 тижнів
12. Флуконазол 150 мг 1р на тиждень протягом 4 тижнів
13. Олідетрим 4000 МО щодня протягом 1 міс, після чого перейти на 2000МО щодня протягом року
14. Кальцемін адванс 1т х2р на день(після обіду та ввечері) протягом 1 року
15. Гліатилін 400 мг 1 капсула х2р на день вранці та ввечері на 2 міс (квітень-травень)
16. Згідно рекомендацій фтизіатра профілактичне лікування (після курсу ципрофлоксацину):
  - ізоніазид 0,3 та рифампіцин 0,3 після сніданку разом протягом 3 міс
17. ЗАК, ЗАС, Бх та копрограма 1р на місяць
18. Виконувати фекальний кальпротектин 1р на місяць
19. Виконати нічний відео ЕЕГ моніторинг
20. Виконати альфа-1-антитрипсин
21. Після отримання V фактора консультація гематолога.
22. Бак посів мокроти виконувати 1р на 3 місяці!!!
23. Консультація в центрі дитячої гепатології та імунолога через 3-6 міс- при необхідності раніше ( при собі мати довідку про епідоточення та ПЛР на covid19)

В контактi з інфекційними хворими не був.

Лікар

м.н.с.Крат В.В.

Керівник центру дитячої гепатології

д.мед.н., проф Березенко В.С.

