


# **Дерматополимиозит у детей**

**Врач-резидент 2 года обучения  
Хайдарова Ю.М.**



# **ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТ -**

**Системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением поперечно – полосатых мышц и гладкой мускулатуры, кожных покровов в виде эритемы и отека, микроциркуляторного русла. ЮДМ в отличии от ДМ взрослых сопровождается распространенным васкулитом, выраженными миалгиями, более частым вовлечением внутренних органов и развитием кальциноза.**

# ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТ

- Ежегодная заболеваемость:  
3 на 1 млн. детского населения
- Соотношение М:Д = 1:1,5
- Чаще начинается в дошкольном возрасте
- 5% в структуре ревматических болезней



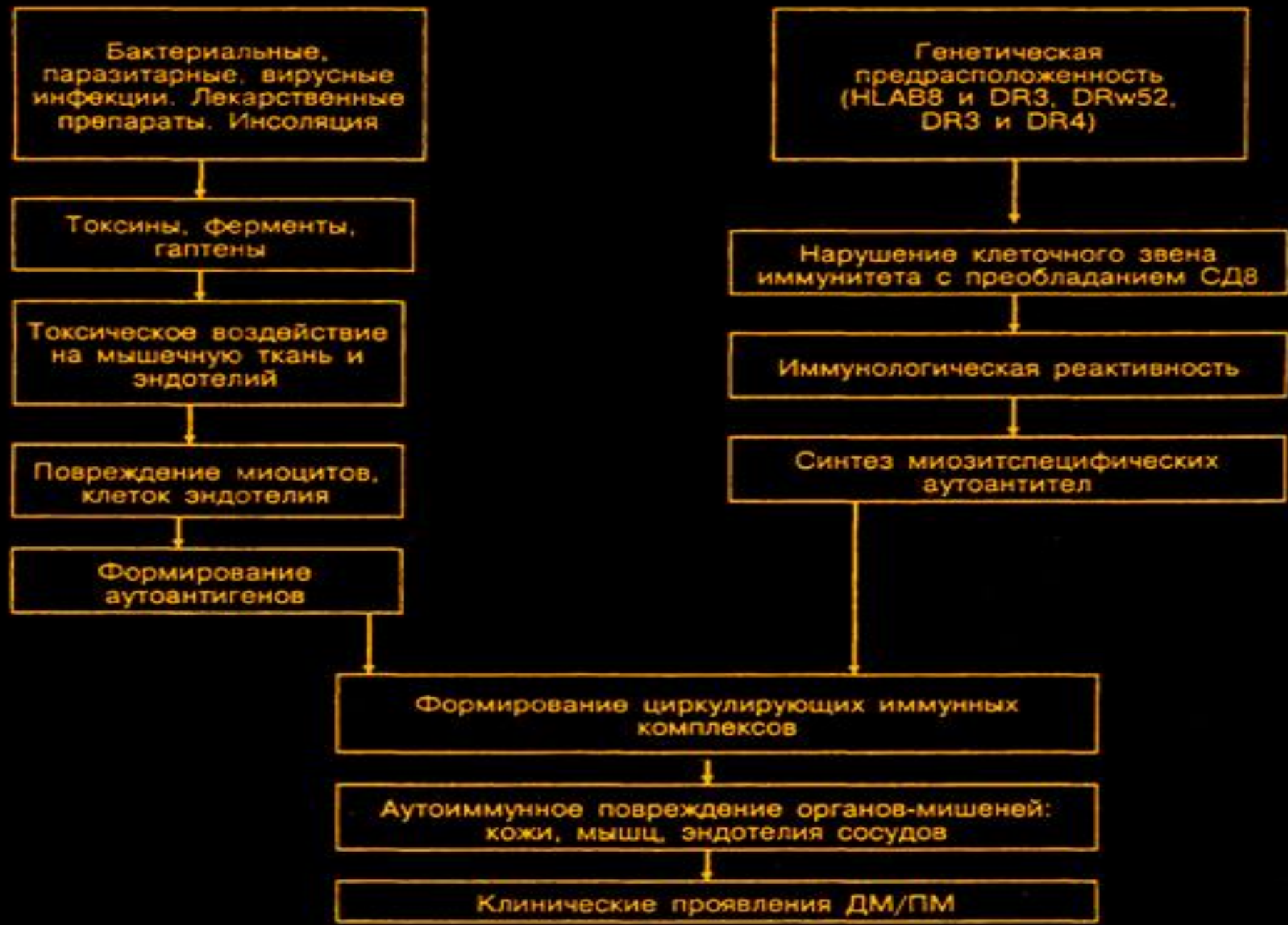
# *Этиология ЮДМ*

## **Причина возникновения дерматомиозита неизвестна.**

В настоящее время этиология заболевания рассматривается как мультифакториальная:

- предполагается возможная генетическая предрасположенность – выявлена высокая степень корреляции ЮДМ с антигеном HLA DQA1\*0501 (59-100%) и TNF $\alpha$ - аллелем.
- конституциональные (высокий порог сгиматизации, частота гипермобильного синдрома)
- средовые (инфекционными, эндокринными, прочими) факторами: вирус гепатита В, пикорнавирусы, вирусы гриппа, парагриппа, боррелий, токсоплазмы; традиционно большая роль придается вирусам Коксаки В.





Патогенез ДМ/ПМ

# КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА-ПОЛИМИОЗИТА

Первичный полимиозит

Первичный дерматомиозит

Дерматомиозит-полимиозит при злокачественных новообразованиях

Детский дерматомиозит-полимиозит

Дерматомиозит-полимиозит в сочетании с заболеваниями соединительной ткани

# Критерии дерматополимиозита

(Tahimoto et al. в 1995 г.)

## *Основные:*

- 1) **Изменения кожи:**
  - а) гелиотропная кожная сыпь (светло-фиолетовая эритема с отеком верхних век);
  - б) симптом Gottron (коллоидные пятна на тыльной стороне суставов пальцев кисти);
  - в) эритема на тыльной стороне суставов конечностей: слегка возвышающаяся, незначительно шелушащаяся, бледно-фиолетовая эритема над локтевыми и коленными суставами.
- 2) **Слабость проксимальных мышц (верхних или нижних конечностей и туловища).**
- 3) **Повышенный уровень сывороточной креатинфосфокиназы (КФК) или альдолазы.**



- 4) Боль в мышцах при давлении или спонтанная.**
- 5) Патологические изменения электромиограммы (короткие многофазовые потенциалы, фибрилляции и псевдомиотонические разряды).**
- 6) Обнаружение антисинтетазных антител.**
- 7) Недеструктивный артрит или артралгии.**
- 8) Признаки системного воспаления (лихорадка 37°C, увеличение СРБ или СОЭ 20 мм/ч по Вестергрену).**
- 9) Миозит, обнаруженный в биоптате мышцы (инфильтрация скелетной мышцы с воспалительными клетками и фокальной или экстенсивной дегенерацией мышечных волокон вплоть до некроза и регенеративных процессов с неравномерным замещением волокон фиброзом).**

*При наличии хотя бы одного кожного изменения и как минимум 4 критериев из последующих дерматомиозит весьма вероятен (чувствительность 94,1% и специфичность изменения кожи по сравнению с СКВ и ПСС 90,3%).*





## *Дополнительные критерии.*

- 1) Кальциноз.
- 2) Дисфагия.
- 3) Так как 90 % больных полимиозитом имеют аутоантитела к Нер-2 клеткам, их нахождение подтверждает диагноз, особенно если обнаруживают миозит – специфичные антитела.



**Гелиотропная сыпь  
с отеком  
параорбитальной  
области**



# Эритема в виде “декольте”



# Эритематозные, шелушащиеся высыпания над коленными суставами



# Эритематозные, шелушащиеся высыпания над локтевыми суставами

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE  
Fax 20-42 46 04 17



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

© Clinique Dermatologique - CHU NANTES



# Эритематозные, шелушащиеся высыпания над мелкими суставами кистей (симптом Готтрона)



# Подкожный



# ДЕРМАТОМИОЗИТ

- Дисфагии
- Феномен Рейно
- Поражение миокарда.
  - Сложные нарушения ритма и проводимости
  - Может быть развитие дилатационной кардиомиопатии
- Поражение суставов.
  - Чаще вовлекаются мелкие суставы (пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые), лучезапястные суставы
  - Поражение двустороннее и симметричное
  - Не приводит к деформации суставов
  - Быстро купируется назначением глюкокортикостероидов





## ***Поражение легких при дерматомиозите***

- **Псевдобульбарный синдром (дисфагия, дисфония, дизартрия, аспирация)**
- **Ограничение экскурсии грудной клетки («мышечная чахотка»)**
- **Сосудисто – интерстициальное поражение легких (пневмонит, фиброзирующий альвеолит, кровоизлияния)**

# ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОМИОЗИТА У ДЕТЕЙ

- Протекает как первично-хроническая болезнь с кальцинозами в мышцах, коже и подкожной клетчатке (50%)
- Быстро прогрессирующая мышечная слабость
- Нарастающая гипотрофия.
- Нарастающая лиловая окраска кожи лица
- Синдром Готтрона.
- Может (реже) встречаться острое рецидивирующее заболевание (1/3 больных).
- В основе отека и уплотнения кожи, стоматита, капилляритов – васкулит.



# ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

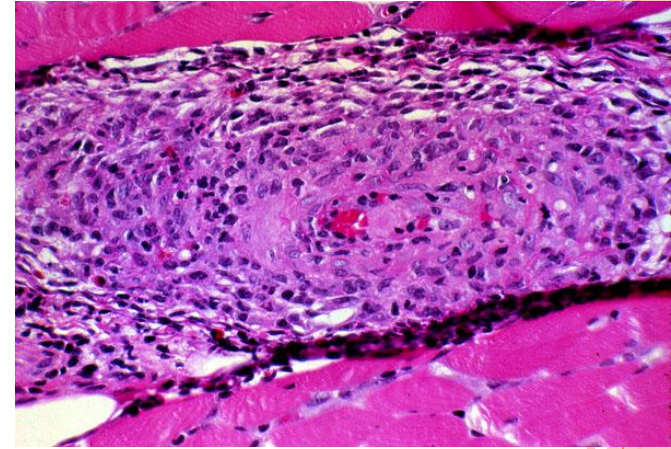
- Увеличение СОЭ
- Увеличение концентрации креатинфосфокиназы (КФК) –
  - для подтверждения диагноза – определение КФК в динамике
- Увеличение активности альдолазы, АЛТ, АСТ, ЛДГ(N 125-220)
- Ревматоидный фактор (<20)
- Антинуклеарный фактор (<1)
- Миозит-специфические аутоантитела



# ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## □ Морфологические изменения в мышцах

- Воспаление с инфильтрацией лимфоцитами, плазмócитами, эозинофилами
- Некроз мышечных волокон
- Регенерация
- Фиброз



## □ Электромиографическое исследование

- Патологическая спонтанная активность
- Острые волны и неправильной формы высокочастотные разряды



# Ospan Gulbanu 2002(14 years)

В 24.02.2016 Поступила  
в НЦП и ДХ с complains:

- ✓ weight loss
- ✓ arthralgia,
- ✓ general weakness.



2013

**Лабораторные данные:**

**ОАК :** эр – Нв-118г/л; СОЭ – 41мм/час.

**ОАМ :** без патологии.

**БАК:** ЛДГ- 395 (в динамике 261).

**Коагулограмма :** снижение свертывания во I фазе (АПТВ – 44,9%).

Поступила в НЦХ и ДП с жалобами на боли в мышцах обеих ног, ограничения движения, слабость, вялость, снижение аппетита, снижение веса.

**Иммунология крови:** РФ – 22,4, С3 – 1,28, С4 - 0.181, СК 29, CRP 0.48, IgA – 1,68, IgG-16,20, IgM – 1.13.

**Иммуннодиагностика:** АНА - 0,57 – отрицательный, аДНК -24,1 положительный.

**Определение LE клеток 3-хкратно -** не обнаружено.

**ИФА на инфекции:** хламидии IgG, уреоплазма IgG, микоплазма IgG – отрицательно.

**Мазок из зева -** выявлен стрептококк группы В (IV) ст, S.Epidermidis 1 ст, чувствительны к цефалексину, карбапенему, имипенему, ципрофлоксацину.

СЕНТЯБРЬ

# Инструментальные данные:

- **УЗИ ОБП:** небольшие изменения в паренхиме печени. ДЖВП, расширение ЧЛС слева.
- **ЭхоКГ:** МАРС. Дополнительная хорда левого желудочка.
- **ЭКГ:** горизонтальное положение ЭОС. Нарушение процессов реполяризации
- **ЭМГ:** ЭМГ периферических отделов мышц нижних конечностей отмечается снижение амплитуды движения (ниже 200 МКВ при норме 500 МКВ). Патологических разрядов не выявлено.
- **Рентгенография ОГК:** очагово-инфильтративных теней не выявлено. КТИ 46%.
- **ФЭГДС:** гипертрофический гастрит, поверхностный дуоденит, в ст. обострении.

## **Заключительный диагноз:**

Ювенильный дерматополимиозит с васкулитом, активность II степени, подострое течение.

## **Сопутствующий диагноз:**

МАРС: дополнительная хорда левого желудочка. Дискинезия желчевыводящих путей, по гипотоническому типу.



## Проведенное лечение:

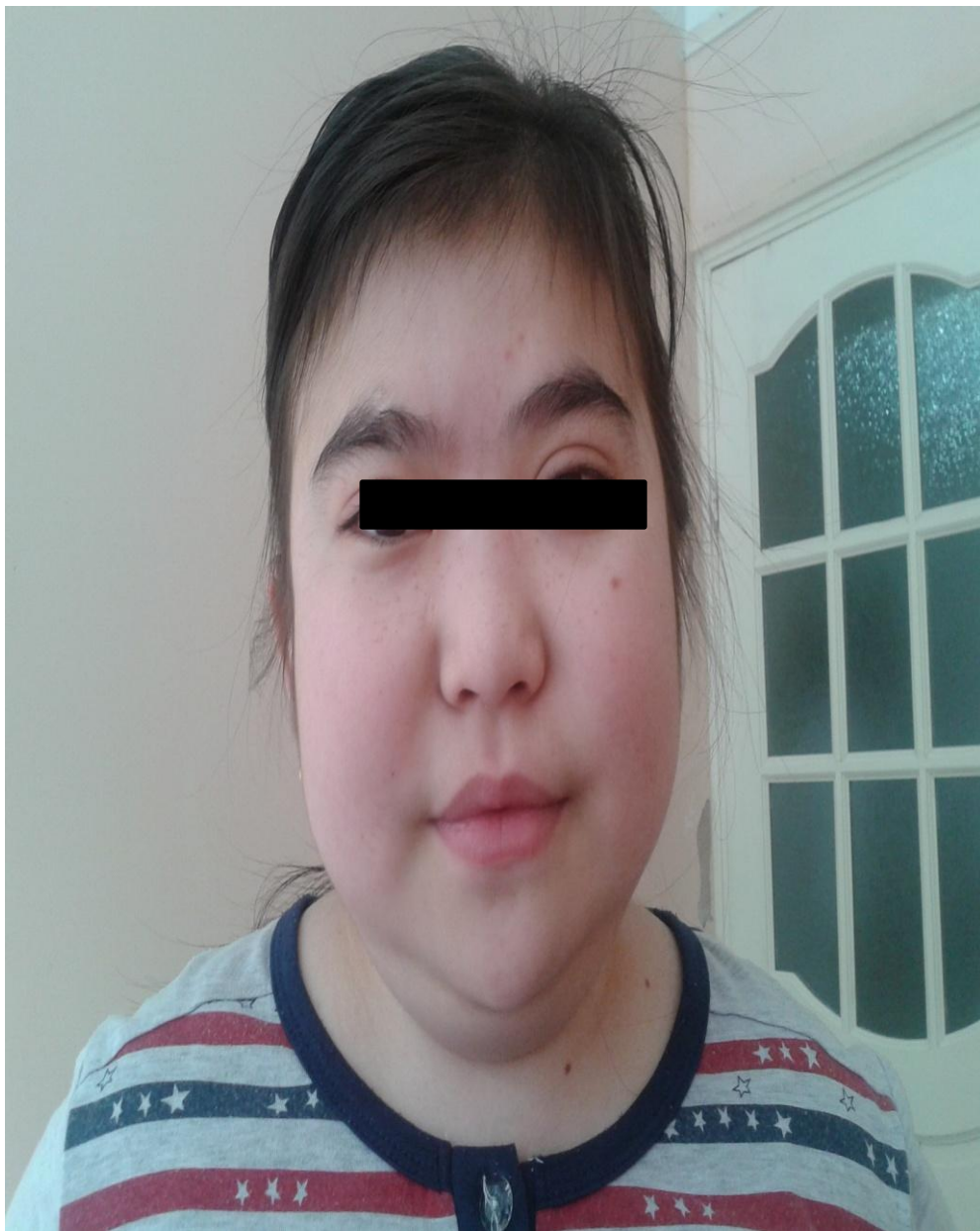
- ❖ Режим-щадящий, диета № 16,
- ❖ ГКС: преднизолон 35 мг/сутки
- ❖ НПВП: диклофенак по 1 таб х3р,
- ❖ Антиагреганты: курантил по 1тх3р
- ❖ Препараты калия: аспаркам по 1тх3р №18,
- ❖ Кардиоинотропы: неотон 1фл на 100 5%глюкозе
- ❖ Для улучшения реологии крови: реополиглюкин по 200 в/в кап, №7, вит С 5%-2,0 в/в
- ❖ Антибиотики: цефамед по 1,0 грх2р в/м, амоксиклав по 5,0мл х3р
- ❖ Гастропротекторы: клабел по 0,25х3р, омегаст 20
- ❖ Гепатопротекторы: гепадиф по 1 к х2р №10

## Anamnesis vitae:

- ✓ Ребенок от 3 беременности, 3 срочных родов с массой 2800 гр, рост 52 см.
- ✓ Беременность протекала без особенностей, роды физиологические в срок.
- ✓ На грудном вскармливании до 2 месяцев, затем искусственное кормление.
- ✓ Привита по календарю, контакт с больными туберкулезом и инфекционными заболеваниями не было.
- ✓ Перенесенные заболевание: ОРВИ, нечасто.
- ✓ Аллергоанамнез не отягощен.

# Status praesens:

- ❖ Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.
- ❖ Ребенок повышенного питания, правильного телосложения.
- ❖ Самочувствие не страдает. Тургор кожи сохранен.
- ❖ Лицо одутловатое, имеется легкая гиперемия на щеках.
- ❖ Кожные покровы: обычной окраски, сухость и мраморность кожи конечностей, депигментированный участок в области подмышки справа, множественные багровые стрии на коже живота и бедер.
- ❖ Гипертрихоз на спине и на руках.
- ❖ Ожирение по верхнему типу. ИМТ – 25.9.
- ❖ КСС: суставы визуально не изменены, движение в них в полном объеме.
- ❖ Периферических отеков нет.
- ❖ Периферические л/узлы не увеличены.



**Одутловатость и «лунообразное» лицо.**





**Ожирение по верхнему типу.**





# Ожирения по верхнему типу и стрии на животе.



# Багровые стрии на бедрах





**Гипертрихоз**





**Anamnesis vitae- Child was born from second pregnancy , second delivery, pregnancy without pathology, was born on 38<sup>th</sup> week , was born at home . As mother explains he screamed immediately , 3900 grams child grew by his age was vaccinated on time , now allergy present , hereditary is not burdened .**



## Status praesens:

- **Дыхательная система:** дыхание свободное, через нос. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин.
- **Сердечно-сосудистая система:** Границы относительной сердечной тупости: верхняя граница в 3 м/реберье, правая – парастернальная линия, левая – по среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 95 уд/мин, пульс 95 в мин. АД на обеих руках 100/60 мм рт.ст.
- **Пищеварительная система:** язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, при пальпации безболезненно. Селезенка и почки не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.
- **Мочевыделительная система:** Симптом поколачивания отрицательны с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

### Лабораторные данные:

- ▣ **ОАК:** эр –  $3,2 * 10^{12}/л$ ; Нв- 117г/л; тромб- 303г, Л.-  $6.5 * 10^9/л$ ; СОЭ – 5 мм/час.
- ▣ **ОАМ :** уд. вес –1020, реакция - кислая, белок – отр., пл. эп. – 2 в п/зр.
- ▣ **БАК :** АЛТ- 0.58 мккат/л, АСТ- 0.66 мюсат/л, билирубин общий- 21.4 мколь/л, билирубин прямой- 5.7 мколь/л

### Инструментальные данные:

**ЭхоКГ:** АО-2.4 см, ЛД-2.64 см, Тмжп-0,5см, Тзслж-0.5 см, ПЖ- 1.79 см, Толщ.Ст ПЖ-0,34 см, ДЕ-1.55см, Ef-0.12 мм/ сек, КДР – 3.75 см, КСР – 2.19 см, КДО – 58 мл, КСО – 14.4 мл, УО-43,6 мл, ФИ – 75%, DS -43%.

В сечении по короткой оси:

Дао(см)-2.19

Дсла(см)-2.19 ветви 0.90 см

Закл: Эхокардиографические показатели в пределах возрастной нормы. Данных за порок сердца не выявлено.


### Узи брюшной полости+почек

-Признаки ДЖВП

-Реактивные изменения в паренхиме печени

- Уплотнения Чашечно-лоханочной системы с обеих сторон

# Иммунологическое исследование, ИФА


 Научный центр педиатрии и детской хирургии  
 (г. Алматы, пр. Аль-Фараби, 146, тел. 269-74-84)

Лаборатория иммунологии

Иммунологическое исследование

Ф. И. О. **Оспан**      Возраст **2002** гр

Отделение: **6**

Показатели клеточного звена иммунитета       $L-6.8 \cdot 10^9/L$       лф-47%

Наименование	Результат	Норма %, д.бс.
T-лимфоциты (CD3+CD19-)	77,97% (2,793)	60-80 (0,800-2,200)
B-лимфоциты (CD3-CD19+)	9,39% (0,288)	10-20 (0,100-0,600)
T-Helper (CD4+CD8-)	54,79% (1,760)	30-50 (0,400-1,100)
T-цитотокс. (CD4-CD8+)	22,55% (0,736)	18-25 (0,300-0,700)
Незрелые T-лимфоциты (CD4+CD8+)		
ИРИ	2,4	(1,2-2,0)
CD3+HLA-DR+ (активированные T-лимфоциты)	6,35% (0,192)	5,0-10,0 (0,04-0,3)
CD3-HLA-DR+	9,12% (0,288)	10-20 (0,11-0,60)
NK (CD16+56+) натуральные киллеры	9,69% (0,320)	8-17 (0,10-0,60)
T-клетки CD3+ / CD16+56+	1,74% (0,064)	<10

Показатели неспецифической резистентности нейтрофилов

Наименование	Результат	Норма
Фагоцитарная активность нейтрофилов (стафилококк)	46	45-85%
Среднее число поглощенных частиц	5,1	4-10

Показатели гуморального иммунитета

Название	Результат	Норма
Иммуноглобулин IgG	---	5,4-18,22
Иммуноглобулин IgA	---	0,63-4,84
Иммуноглобулин IgM	---	0,22-2,93

Исследование субпопуляций лимфоцитов выполнено с использованием моноклональных антител на проточном цитофлуориметре FACSCalibur фирмы Becton Dickinson

**Заключение:** Общее количество лейкоцитов в норме. Показатели клеточного звена иммунитета в норме. Фагоцитарная активность нейтрофилов в пределах нормы.

26.02.2016 г.      к.б.н. с.н.с. Кустова Е.А.

КУЖК бойынша ұйым қолы  
 Код организации: 08310  
 Қазақстан Республикасы  
 Денсаулық сақтау министрлігі  
 2010 жылы «23» қарашаның № 997 бұйрығымен бекітілген  
 № 245/е нысаны бойынша құрылған  
 Медицинский документация  
 Форма № 245/у  
 Утверждена приказом к.с. Министра здравоохранения  
 Республики Казахстан - 023» ноября 2010 года № 907

Қазақстан Республикасы  
 Денсаулық сақтау министрлігі  
 Министерство здравоохранения  
 Республики Казахстан

Уйымның атауы  
 Назымауышық ұйымның

Иммуноферменттік талдау  
 Иммуноферменттік анализ (ИФА)

№ 183  
 11.03.2016 ж. (г.)  
 Материал алынған күні (Дата взятия материала)

Пациенттің Т.А.Ә. (Ф.И.О. тегі) **Оспан**

Туған күні (Дата рождения) **2002**

Зерттеме жіберілісін (Исследование направить) **16/18**  
 Қайда (Куда)

Қиме (Кому)

Компонент	Нәтиже Результат	Қалыпты мөлшер Нормативные исходные	СИ бірліктері Единицы СИ
Аспергила Ig G			
Эпштейн BAPP Ig M			
Эпштейн BAPP Ig G			
Хламидия титрленімі Ig M	оңдық	0,33	0,55
Хламидия титрленімі Ig G	оңдық		
Листерия Ig G			
Уреаплазма Ig M	оңдық		
Уреаплазма Ig G	оңдық		
Микоплазма титрленімі Ig M	оңдық		
Микоплазма титрленімі Ig G	оңдық		
Берсилия Ig G			
Трихлакс - M	оңдық		
Трихлакс - G	оңдық		
Лейблия Ig M			
Оптисорх Ig G			
ЦМВ Ig G андрогенді			
ВПГ Ig G андрогенді			

11.03.2016 ж.  
 талдау берілген күні (Дата выдачи анализа)

Директор (подпись)

# Эхокардиография и доплерография

1400

ҚР ДМ Халықтар достығы орталығы медицина және бала хирургиясы ғылыми орталығы  
 Ордена Дұрыс Нарықов Научный центр педиатрии и  
 детской хирургии МЗ РК  
 Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы, а/Фараби даңғылы, 146, тел. 299-26-87

### ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

Науқастың аты жөні Әббас Құрбанов  
 (Ф.И.О. пациенті)  
 Жасы 2002+  
 (Возраст)  
 Тексерілу уақыты 26.02.16  
 (Дата исследования)

АО (см) 2,41  
 ЛШ(см) 2,64  
 Тэжл(см) 0,3  
 Тэстж(см) 0,3  
 ПЖ(см) 1,29  
 Толщ. Ст ПЖ(см) 0,38  
 ДБ(см) 1,03  
 EF(мм сек) 62  
 КДР(см) 3,14  
 КСР(см) 2,13  
 КДО(мл) 5,8  
 КСО(мл) 14,4  
 УО(мл) 43,6  
 ФН(%) 45,1  
 DS (%) 47,2

Қысқа ось бойынша тіншек (көсінімен):  
 (В сечении по короткой оси):  
 Дно (см) 2,1  
 Дөң (см) 2,13 *көлемі 0,30 см*

**Допплерография:**  
 Қолқадағы ағзымның жылдамдығы (м/сек) 1,1 м/сек  
 (скорость потока в аорте) (м/сек)  
 Оңке күре тамырындағы ағзымның жылдамдығы (м/сек) 1,0 м/сек  
 (скорость потока в легочной артерии) (м/сек)  
 Көс жарналы ағзымның жылдамдығы (м/сек) 1,1 м/сек  
 (скорость митрального потока) (м/сек)  
 Трикуспидальді ағзымның жылдамдығы (м/сек) 0,2 м/сек  
 (скорость трикуспидального потока) (м/сек)

Түсті доплерлік картирлеу:  
 (цветное доплеровское картирование):  
 Жүрек қуысы кеңеймеген. Қарыншақ қалыңдығы бір қалыпты. Үлгеріштегі сары  
 су жоқ. Жүрек бұлшық ет қабатының қысқаруы көбінесе бір қалыпты. Қарыншақ  
 арасындағы және жүрекше арасындағы қалқаларда ақаулар анықталған жоқ.  
 Жүректің қақпақ аппараты өзгермеген: барлық клапандардың қақпақшалары жұқа,  
 жылжымалы, жарымалары толық жабылады, доплерэхокардиографияда  
 регургитация белгілері анықталған жоқ. Қолқа және оңке күре тамырының желісі  
 қалыпты орналасқан, кеңеймеген, ақаулар ламинарлы, ағындар жылдамдығы  
 қалыпты. Допплерэхокардиографияда патологиялық ағымдар тіркелмеген.

(Полости сердца не расширены. Толщина стенок желудочков в норме. Перикардального выпота нет. Сократительная способность миокарда в норме. Межжелудочковая и межпредсердная перегородки - дефектов не выявлено. Клапанный аппарат сердца не изменен: створки всех клапанов тонкие, подвижные, полное смыкание створок, признаки регургитации не выявлены при доплерэхокардиографии. Аорта и ствол легочной артерии обычно расположены, не расширены, потоки ламинарные, скорости потоков в норме. При доплерэхокардиографии патологические потоки не регистрируются.)

**Қорытынды:** Эхокардиографиялық қорытындылар жас шамасына қарай:  
 Жүрек ақауы көрсетпеген миллиметр анықталмаған.

**Заключение:** Эхокардиографические показатели в пределах возрастной нормы.  
 Данных за порок сердца не выявлено.

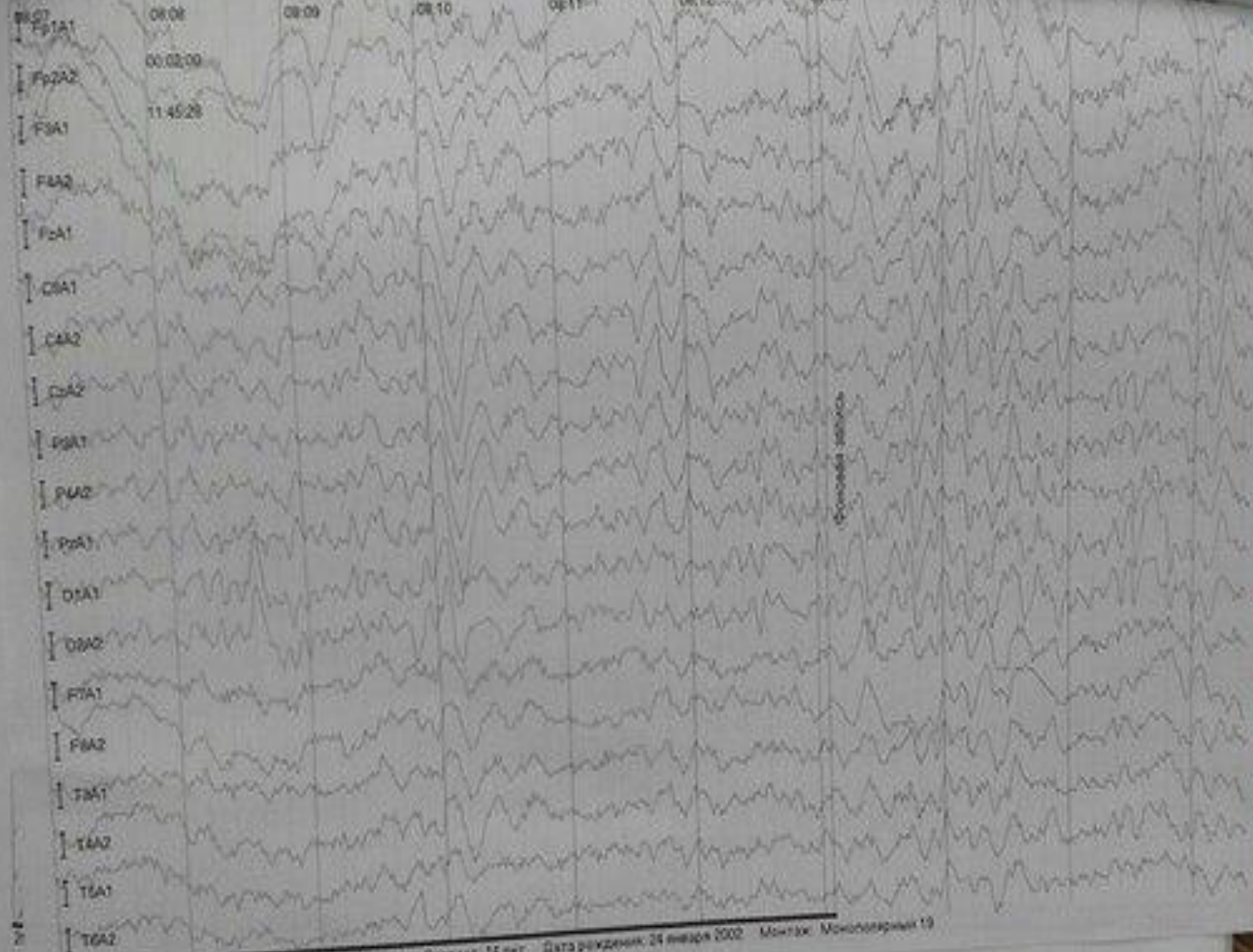
**Дәрігер:**  
 (Врач):  
 - *миокард серозды қабырғасын*  
 - *қарыншақ бұлшық етін*  
 - *серозды қабырғаны*  
*зудырмай.*

*Әббас*





Листов: 1 Лист: 1 Гиперантицикл Калибровочный отрезок 50 мВ Масштаб 300, 10 мВ/дел Развертка 30 мин Форм. 0.5 Гц Частота 0.5 Гц



# УЗИ органов брюшной

## полости+почек



28.10.14 69.12.00 Роман П.

### УЗИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ + ПОЧЕК

**ПЕЧЕНЬ** – правая доля у края реберной дуги, ВПД 109 мм, ВЛД 52 мм.  
Контур (ровный не ровный), углы (не изменены, сглажены, закруглены), эхо структура (однородная, не однородная) эхо плотность паренхимы (средняя, повышена, снижена).  
*печень в норме*

Внутрипеченочные протоки не расширены, Воротная вена 44 мм, Холедок 3,0 мм.

**ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ** 54x15 мм *печень в норме* *все майки*  
Стенки (не изменены, утолщены, уплотнены) (содержимое гомогенное, осадок по задней стенке, в черепном, в большом количестве, пристеночный).

**ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА** головка мм *не круп,*  
тело мм *на фоне*  
хвост мм *не с*

контуры (ровные не ровные) эхоструктура (однородная, не однородная, мелкие, единичные, множественные, эхо сигналы) эхоплотность паренхимы (средняя, повышена, снижена).

**СЕЛЕЗЕНКА** 91x54 мм, контур ровный (однородная, не однородная) эхоплотность паренхимы (средняя, повышена, снижена).

**МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ**  
Заполнен (не полностью, умеренно, не заполнен)  
содержимое *комочки*

**ПОЧКИ** на тазовом уровне

Правая почка 76x52 мм.  
Чаша 24 мм.  
Лохизис 2 мм.

Чашечки 1  
Паренхима 500р мм.

Левая почка 83x46 мм.  
Чаша 24 мм. *чашечки расширены, лоханки в виде*  
Лохизис 2 мм. *отры*

Чашечки 1  
Паренхима 500р мм.

# ЭЭГ

29/02-16г. Роман Бурбаеву, 14 лет

(с закрытым глазами)

$\frac{1}{4}$

На фоне ЭЭГ доминирующие ритмы в  $\alpha$ -диапазоне (8-9 гц), до 50-55 мкВ.

На Ф.С. - ослабленные ритмы

На Р.Ф.С. - увеличение ритма в 3 гц.

На Г.В. - реактивности положительной, периоды биполарно-синхронной  $\theta$ -активности (до 120-130 мкВ).

Повышенной и спонтанной активности не отмечено.

Заключение: ритмы за невыраженной функциональной активностью, во сне отмечено корса возбудимости синхронизирующей срединных структур.

Рег.-но: ЭЭГ в динамике (1/4 в 3 мес.).

Др. Курманов (Вас)




## **Консультация специалистов:**

**Консультация гастроэнтеролога от 07.02. 2014 г.:** диагноз: Хронический поверхностный гастродуоденит, обострения. ДГР. ДЖВП. Реактивный гепатит. Реактивный панкреатит.

**Эндокринолог от 11.02.2014 г.:** диагноз: Экзогенный гиперкортицизм.

# Лечение

Кыргыз Республикасынын Денсаулык сактоо министрлиги, Министрлер кабинетинин Администрациясы Кыргыз Республикасы				Кыргыз Республикасынын Денсаулык сактоо министрлиги м.к. 2019 жылы 23 карашталды № 007, Булбираларды баалаштын № 004-1-у кылым медициналык куралына											
Укуктук акты Нормативдик актынын номери:				Медициналык документация Формы № 004-1/у улуттук норма сандары м.к. №3 РК-жг 29-ноябрь 2019-жылы № 005											
<b>ДОРИЕРДІК ТАГАЙЫНДАУЛАР ПАРАҒЫ</b> <b>ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ</b> (за счет бюджетных средств)															
10.53 карта №, (№) кылым		Сапаров Түлбайы		Тарақтың бүйү, аты, жыны, (ж. жана, кемсиз) бойунго, № палат											
Туулган күні (Дата рождения)		рост 143 см		Вес 35 кг. пол.											
Тагайындар мен олардын орнындары туралы белгилер Отметка о заболеваниях и выздоровлении															
Тагайындар Назымасы	Орнындар Испытания	Күн		Күн		Күн		Күн		Күн		Күн		Күн 1	Күн 2
		Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата				
		25/11	26/11	27/11	28/11	29/11	30/11	01/12	02/12	03/12	04/12				
Раким	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Ифаражидин	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Сыдык	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Дюета	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
С.И. Метипов	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
16.01.20	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Аскар, кызы	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
18.5.01	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
История	Тесттер														
15.01.20	Тесттер														
Филиппович	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
10.1.20	Тесттер														
Средина	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
17.1.20	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
В.В. Шибанова	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
11.01.20	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Б.С. Шибанова	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
11.01.20	Тесттер	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			

## Клинический диагноз:

Ювенильный дерматополимиозит с васкулитом, активность I-II степени.

**Сопутствующий диагноз:** Хронический поверхностный гастродуоденит, обострения. ДГР. ДЖВП. Реактивный гепатит. Реактивный панкреатит.

**Осложнения:** Экзогенный гиперкортицизм.

## Рекомендации:

1. “Д” наблюдение кардиоревматолога, гастроэнтеролога, нефролога, педиатра.
2. Профилактика простудных заболеваний. Санация хронических очагов инфекции.
3. Соблюдение режима дня и отдыха.
4. Полноценное калиевая диета с исключением экстрактивных веществ (жаренное, острое, соленое)

### **В лечении:**

1. Преднизолон 5 мг СД-18.75 мг, 8.00 – 2 таб, 10.00 – 1 и  $\frac{3}{4}$  табл., далее снижать по  $\frac{1}{4}$  табл. каждые 2 недели до поддерживающей дозы 15 мг/сут (3тб), 3 мес, далее после консультации кардиоревматолога.
2. Аспаркам 175 мг по 1 тб\*3 раза, на период приема преднизолона.
3. Актовегин 200 мг по 1 тб\*2 раза-1 мес.
4. Гепатопротекторная терапия курсами по 1 мес. в возрастной дозировке (Карсил, ЛИВ-52, эссенциале форте, силибер, легалон).
5. Курантил по 1 тб\*3 раза в день 1 мес.
6. Контроль ОАК, БХА (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, амилаза, КФК, ЛДГ), ОАМ через 2 недели, затем через каждый мес.
7. УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭХО-КГ, ФГДС, через 6 мес.
8. Мед.отвод от прививок.



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**