



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение
**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ
ИМЕНИ ДМИТРИЯ РОГАЧЁВА**
(ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва» Минздравсоцразвития России)
117198, Москва, улица Саморы Машела, д.1
тел: (495) 937-50-24, факс: (495) 664-70-90, e-mail: info@fnkc.ru, www.fnkc.ru
ОКПО 13157861, ОГРН 1027739507212, ИНН/КПП 7728008953/ 772801001

№ _____
На № 2051 от 29 ОКТ 2012

ВЫПИСКА

из истории болезни № 3372/2012

Тихонов Владислав Евгеньевич, 10 лет (10.10.01г.р.), находился в отделении иммунологии с 17.09.12г по 27.09.12г.

Домашний адрес: Московская область, г. Красноармейск, ул. Строителей 9-37.

ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Первичный иммунодефицит: синдром Вискотта-Олдрича.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

Аутоиммунная гемолитическая анемия, медикаментозная ремиссия.

Хроническая тромбоцитопеническая пурпура, обострение.

Состояние после спленэктомии от 2005г. Добавочная селезенка.

Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга. Стероидный остеопороз. Задержка физического развития.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ДИАГНОЗЫ:

Дисметаболическая нефропатия, оксалурия.

Анамнез жизни и заболевания: В апреле 2004 года верифицирован диагноз – ПИДС: синдром Вискотта-Олдрича. В феврале 2005 года лапароскопически проведена спленэктомия, послеоперационный период протекал гладко. Геморрагический синдром купировался полностью. Однако через месяц после оперативного лечения на УЗИ брюшной полости выявлена дополнительная доля селезенки 2х1,5 см.

Заместительная терапия: Реакция на Октагам: с 24.02.05 - 01.03.05 введено 30г октагама, на 6 день отмечались повышение температуры тела, желтушность кожи и потемнение мочи, лечения не проводилось, данные клинические признаки самостоятельно разрешились. 21.06.2005 – октагам 5г, спустя 2 дня потемнела моча, пожелтели кожные покровы, поднялась температура тела. Данное состояние было расценено как острая гемолитическая анемия. 25.06.2005 года с жалобами на фебрильную лихорадку, желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи, многократную рвоту в тяжелом состоянии доставлен в Пушкинскую районную больницу в отделение реанимации. В ОАМ снижение гемоглобина до 31 г/л, тр-280 тыс., СОЭ 90мм/час; в б/х анализе крови билирубин 78,0 мкмоль/л, прямой 9,2, непрямой 68.8 мкмоль/л, АЛТ 119, АСТ 99 Ед/л. Проводилась терапия: преднизолон 30 мг/сут per os, 6 раз переливание одногруппной крови (суммарно 2590 мл), 5 раз эритроцитарной массы (суммарно 1010 мл). При выписке на фоне терапии преднизолоном в ОАК Нб 99 г/л, тр- 111 тыс. В мае 2008г у ребенка отмечалась реакция на Микроген в виде болей в животе, тошноты, гипотонии. В марте 2012 года на фоне введения ВВИГ «Интраглобин» - гипотония до 70/40 мм.рт.ст, тахикардия до 100 уд/мин, жалобы на похолодание конечностей.

Иммunosupрессивная терапия:

В июле 2005 года впервые был госпитализирован для дообследования и лечения в отделении иммунопатологии ДГКБ №9. Получал иммуносупрессивную терапию *преднизолон 30 мг/сут per os*, с 14.07.05 назначен *азатиоприн (25 мг/сут) по ¼ т х 2 р/сут*. Проводилась заместительная терапия ВВИГ (Интраглобин с премедикацией преднизолоном – реакции на введение не было). С августа 2005г постепенное снижение дозы преднизолона. При снижении дозы преднизолона до 10 мг/сут отмечено постепенное снижение уровня тромбоцитов до 46 т. На дозе 10 мг/сут оставался до марта 2006г., затем дозу преднизолона удалось снизить до 5 мг/сут. На фоне снижения ГКС однократно отмечено повышение АНФ до 12, 79 (N<1.0), уровень тромбоцитов не снижался, геморрагического синдрома не отмечено. В августе 2006г прекращен прием азатиоприна в связи с отсутствием выпуска препарата. Преднизолон в дозе 5мг ребенок получал до мая 2008г. С мая 2008г преднизолон отменен, назначен азатиоприн.

В июле 2008г по м/ж отмечался кожный геморрагический синдром, тромбоцитопения – 46-48 тыс/мкл, в связи с чем назначен преднизолон 10мг, азатиоприн отменен.

В декабре 2010 года – плановая госпитализация в отделение иммунопатологии ДГКБ №9 для обследования и коррекции проводимой терапии. Во время госпитализации получал Интраглобин 15гр 29.12.10, преднизолон 10 мг/сут per os, цiproфлoксацин, сопроводительную терапию. Ребенок консультирован проф. Щербиной А.Ю рекомендовано постепенное снижение дозы преднизолона до 2,5мг/сут с учетом длительной ремиссией аутоиммунной гемолитической анемии, нормализацией уровня тромбоцитов, отсутствием геморрагического синдрома, выраженного медикаментозного синдрома Иценко-Кушинга, задержкой физического развития.

С 15.03.11 по настоящее время получает ½ таб преднизолона (2,5мг/сут), геморрагический синдром не отмечался. В контрольных ОАК, ОАМ по м/ж на фоне снижения дозы преднизолона - N. Однократно 28.07.2011 в ОАК по м/ж снижение тромбоцитов до 26 тыс/мкл, без клинических проявлений. При повторных ОАК тромбоциты 150-200 тыс/мкл. В контрольных ОАК по м/ж с марта 2012 отмечается постепенное снижение уровня тромбоцитов -117-41*10⁹/л, Hb 135-145 г/л, ОАМ – N, при отсутствии клинических проявлений.

Сопутствующая патология, выявленная при стационарном обследовании: умеренная гепатомегалия без изменений структуры печени, реактивная панкреатопатия (УЗИ декабрь 2010), выраженная синусовая брадиаритмия, исчезающая при задержке дыхания, неполная блокада правой ножки пучка Гиса (ЭКГ от 11.05.10), проявления остеопороза и отставание костного возраста (соответствует 6-7,5 годам по рентгенография кистей – декабрь 2010г), дисметаболическая нефропатия, оксалурия (биохимия мочи - декабрь 2010). В ноябре 2010г однократно в ОАМ отмечалась эритроцитурия.

Ежемесячно с заместительной целью получает ВВИГ. Профилактически получает постоянную антибактериальную терапию (ципрофлoксацин с января 2009 по настоящее время, с перерывом на 2,5 месяца с января по март 2011), на этом фоне ОРЗ 2-3 раза в год без осложнений. В 2011г перенес трижды ОРЗ, острый ринофарингит (конец января – получал амоксициллин 2 недели, в начале мая – зиннат 10 дней, в октябре – амоксициллин 2 недели). 7.09.2011 ребенок был укушен клещом в теменную область головы. На следующий день обратились в медсанчасть по м/ж, клещ удален. Профилактической вакцинации не проводилось. Со слов мамы, местной воспалительной реакции, повышения температуры тела, головной боли не отмечалось. ПЦР крови на клещевой энцефалит, боррелиоз – отр.

В феврале 2012 в связи с высевом *S. aureus* из зева проведена смена АБ профилактической терапии на амоксициллин в течение 2 недель, в перенес ОРЗ (получал цiproфлoксацин+ симптоматическую терапию).

УЗИ брюшной полости от 18.08.2011: Печень левая доля 4,6см, правая доля 9.2см, контуры ровные, структура однородная, эхогенность средняя. Желчный пузырь: размеры 5,9x2.2 см, стенка 0,3см, содержимое однородное. Поджелудочная железа 2.0x1.1x1.7 см, структура однородная, эхогенность повышена. Селезенка: удалена, остаточный фрагмент селезенки размером до 2.5 см. Заключение: Диффузные изменения поджелудочной железы.

УЗИ органов брюшной полости (по м/ж) 30.03.12: печень: левая доля – 5,9 см (N до 7,0 см), правая доля – 11,3 (N до 14,0 см), контуры ровные, структура однородна, эхогенность средняя, протоки не расширены, сосудистый рисунок норма; желчный пузырь 4,8 x 2,4 (N до 12,0x4,0), стенка не утолщена – 0,2 см (N до 0,4 см), содержимое однородное, холедох 0,3 см (N до 0,6 см); поджелудочная железа 1,4 x 1,1 x 1,4, не увеличена, контуры ровные, структура однородна, эхогенность несколько повышена; селезенка удалена.

Передное введение ВВИГ 19.04.2012 (Интратекст 17,5гр). Предтрансфузионный уровень IgG 6,66 мг/дл. Перенес удовлетворительно реакции на введение не было. В межгоспитальный период инфекционных эпизодов, кровотечений не было. В контрольных ОАК по м/ж за месяц: Тр 49-26 x 10⁹/л, Нб 135-137 г/л, ОАМ - N. Последнее введение ВВИГ 22.05.12 в КДП при ДГКБ№9.

Во время госпитализации в июне 2012 в ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им.Дм.Рогачева выявлена добавочная селезенка, которая может являться причиной поддержания низкого уровня тромбоцитов в крови. Принято решение назначения иммуносупрессивного препарата селлсепт.

Данная госпитализация в отделение иммунологии повторно плановая для проведения контрольного обследования и лечения.

При поступлении: t-36,3°C, АД 114/72, ЧСС 94уд/мин, ЧДД 20 вмин, масса 35,4кг, рост 127см
Общее состояние тяжелое по основному заболеванию. Кожные покровы смуглые, чистые. Геморрагический синдром: на ногах единичные экхимозы, со слов мамы посттравматические. Носовое дыхание не затруднено. Слизистая ротоглотки розовая, налетов нет. Лимфатические узлы подвижные, безболезненные, эластичные. В легких дыхание жестковатое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца в пределах возрастной нормы, верхушечный толчок пальпируется в V м/р, тоны умеренно приглушены. ЧСС 84 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочепускание свободное, безболезненное. Моча светлая. Стул оформленный 1-2 раз в сутки, со слов мамы без патологических примесей. Менингеальные симптомы – отрицательные. Очаговых симптомов нет.

ПРОВЕДЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Общий анализ крови:

дата	Нв,г/л	Эр.10 ¹² /л	тромб	Лей.х10 ⁹ /л	п/я	с/я,кл	эоз	баз	Лимф	Мон	СОЭ
18.09	127	4,9	101	7,91	-	46	2	2	32	17	3

Б/х крови

	18.09.2012	норма
Общий белок, г/л	75	57-80
Альбумин г/л	46	38-54
Мочевина, ммоль/л	4,7	1.8-6.4
Креатинин, мкмоль/л	49,1	0-42
Билирубин общий, мкмоль/л	8,8	1-17
Билирубин прямой	2,2	0-3.4
АЛТ, ед/л	12	0-31
АСТ, ед/л	21	0-71
Панкреатическая амилаза	15,4	0-31
триглицериды	1,29	0-2.3
Калий ммоль/л	4	3.5-5.1
Натрий ммоль/л	140	136-146
глюкоза	5,62	3.33-5.55
ферритин	10,9	6-60
АСЛО	<50.0	0-240
РФ	<20.0	
СРБ мг/мл	2,8	0-5

Исследование мочи

Тест	18.09.12	Ед. Изм.	Норма
Цвет	желтый		
Прозрачность	Прозрачная		
Относительная плотность	1,032		1,015-1,025

pH	5,5		5,5-7
Белок	0,1	г/л	0-0,1
Глюкоза	В норме	Ммоль/л	
Кетоны	Не обнаружен	Ммоль/л	
Уробилиноген	Не обнаружен	Ммоль/л	
Биллирубин	Не обнаружен	Ммоль/л	
Нитриты	Не обнаружен	Ммоль/л	
Лейкоциты	Не обнаружен		0-2
Эритроциты	Не обнаружен		
Эритроциты (в осадке мочи)	1,4	В пз	
Лейкоциты(в осадке мочи)	0,5	В пз	
Плоский эпителий (в осадке мочи)	0,3	В пз	
Цилиндры гиалиновые	0	В пз	
Бактерии	7,4	10 ³ /мл	
Кристаллы	0	В пз	
Дрожжи	0	В пз	
Круглый эпителий	0	В пз	
Паталогические цилиндры	0	В пз	
Слизь	Большое количество		
Сперматозоиды	0	В пз	
Проводимость	23,1	мС/см	

Исследование кала:

Исследование соскоба на энтеробиоз - отрицательно

Исследование на яйца глистов – не обнаружены

Группа крови от 19.09.12: **O(I) Rh+(полож)**. Скр. антиэритроц. АТ: отриц. (-). Фенотип: С(+)_c(+)E(-)_e(+) Келл антиген: - (отриц). Прямая проба Кумбса отрицательная.

Иммунологическое исследование:

	18.09.12	норма
IgG - г/л	8,28	7,0-15,0
IgA - г/л	2,3	0,4-2,3
IgM - г/л	>0,169	0,6-2
IgM (чувствит.) - мг/л	1,43	

Антитела к ВИЧ, гепатитам В и С, RW от 18.09.12 – отрицательные.

Кровь методом ПЦР на ВИЧ, гепатит В и С от 18.09.12: отрицательные.

Иммунологическое исследование от 18.09.2012:

	18.09.12	норма
Лейкоциты (10 ⁹)	7,91	7.000-12.00
Лимфоциты (%)	41,13	45-79
Лимфоциты (абс.х 10 ⁹ /л)	3,27	3,610-8,840
Моноциты (%)	10,5	4-8
Моноциты (абс.х 10 ⁹ /л)	0,83	0,285-0,050
Гранулоциты (%)	48,2	43-59
Гранулоциты(абс.х 10 ⁹ /л)	3,81	2,064-4,720

лимф, %	47,8	66-76
Т-лимф., (абс.х 10 ⁹ /л)	1,56	1,4-2
В-лимф., %	17,9	12-22
В-лимф., (абс.х 10 ⁹ /л)	0,58	0,30-0,50
CD4 %	60,8	33-41
CD4 (абс.х 10 ⁹ /л)	0,95	0,7-1,1
CD8 %	29,3	27-35
CD8 (абс.х 10 ⁹ /л)	0,46	0,6-0,9
CD4/CD8	2,08	1,1-1,4
CD3+CD16+CD56+ %	4,4	Менее 10
CD3+CD16+CD56+, (абс.х 10 ⁹ /л)	0,14	
CD3-CD16+CD56+ %	34,0	10,6-22,4
CD3-CD16+CD56+, (абс.х 10 ⁹ /л)	1,11	0,257-0,619

ПЦР крови на вирусы:

дата	18.09.12
CMV	Отр.
EBV	2 461 копия
HHV6	Отр.
HHV 1+2	Отр.
AdV	Отр.
BKV	Отр.
EVs	Отр.
Parvo B19	Отр.
Toxo	Отр.
Myc tub+bov	Отр.

УЗИ брюшной полости от 18.09.2012. Печень: не увеличена; правая доля 118x70 мм. Контуры ровные, чёткие. Структура однородная. Эхогенность в норме. Сосуды: ВВ проходима, 7,8 мм. Желчный пузырь: размеры 5,2x2.1 см, стенка 0,3 см, содержимое однородное. Поджелудочная железа 1.1x8,5x1.3 см, структура несколько неоднородная, эхогенность средняя. Селезенка: удалена, остаточный фрагмент селезенки размером 23x18 мм. Почки: правая 86x36 (13 мм), лоханка смешанного типа 6,5 мм; контуры ровные, чёткие; паренхима обычной эхогенности, дифференцировка сохранена; ЧЛС не расширена; кровоток при ЦДК до капсулы. Левая: 84x40 мм (17 мм), лоханка смешанного типа 8,5

мм. Контуры ровные, чёткие. Паренхима обычной эхогенности, дифференцировка сохранена; ЧЛС не расширена; кровоток при ЦДК до капсулы.

ЭКГ от 18.09.12: нормальное положение ЭОС. Выраженная синусовая аритмия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Проводимая терапия:

Аспаркам, per os	1таб 3 раза в день	С 17.09.12 по настоящее время
Альмагель, per os	1м.л. 3 раза в день	С 17.09.12 по настоящее время
Ципрофлоксацин, per os	125мг 2 раза в день	С 17.09.12 по настоящее время
Интрафект, в/в капельно	15 грамм	19.09.12
СаДЗникомед, per os	1таб 1 раз в день	С 17.09.12 по настоящее время
Селлсепт, per os	500мг 2 раза в день	С 17.09.12 по настоящее время

Ребенку с диагнозом первичный иммунодефицит, синдром Вискотта-Олдрича проведено обследование, плановое внутривенное введение иммуноглобулина (интрафект). Инфузию перенес удовлетворительно. В стабильном состоянии мальчик выписывается домой под наблюдение участкового педиатра.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Учитывая неблагоприятный прогноз заболевания единственным эффективным способом лечения является проведение неродственной трансплантации костного мозга.
2. Наблюдение иммунолога, педиатра по месту жительства.
3. Гипооксалатная диета, питьевой режим не менее 1,5 л/сутки
4. По жизненным показаниям ребенок нуждается в проведении регулярной ежемесячной заместительной терапии препаратами иммуноглобулинов иностранного производства (предпочтительно Интраглобин, возможно - ИГ Вена, Гамимун, Интрафект) для внутривенного введения в дозе 0.5 грамма/кг массы тела, коррекция дозы по весу составляет 17,5 гр. Препарат отмене или замене не подлежит. Применение Пентаглобина, а также иммуноглобулина для внутримышечного введения противопоказано из-за его неэффективности у больного с данным диагнозом. Возможно проведение заместительной терапии по месту жительства.
5. Селлсепт 500мг 2 раза в день длительно, самостоятельно не отменять. По жизненным показаниям ребенок нуждается в регулярной иммуносупрессивной терапии селлсептом.

6. Фосфалюгель (маалокс, альмагель) по ½ пак. х 2 раза в день через час после еды + ½ па ночь.
7. Аспаркам по ½ х 3 р/с – длительно.
8. Кальций Д3-никомед по 500 мг (1г.) 1 р/д
9. Ципрофлоксацин 125 мг х 2 р/д **постоянно**.
10. Контроль общего анализа крови, мочи 1 раз в нед.
11. Мед. отвод от всех прививок.
12. Плановая госпитализация в отделение иммунологии ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ» 23.09.13г. для этапного обследования и лечения, которое входит в стандарт ВМП (раздел 12.00.005).

Контактов с инфекциями в отделении не было.

Правила госпитализация пациентов в ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва» (первичное обращение, повторное обращение).

После обследования, консультации специалистов в поликлинике и положительного решения «Комиссии по госпитализации» пациент направляется в приемное отделение.

Приемное отделение работает для плановой госпитализации больных с 8-30 до 16-30 час, ежедневно (кроме субботы, воскресенья и праздничных дней).

Экстренная госпитализация осуществляется круглосуточно.

Приемное отделение находится в корпусе 1В.

Телефон приемного отделения (495)287-65-90.

I. Перечень документов, необходимых для госпитализации:

1. Документы ребенка (оригинал + копия): свидетельство о рождении/паспорт (детям старше 14 лет), страховой полис ОМС/ДМС.
2. Паспорт матери/отца/иного законного представителя ребенка (оригинал + копия).
3. Законному представителю обязательно иметь нотариально заверенное согласие родителя на представление интересов ребенка в медицинском учреждении.
4. Выписку из медицинской документации (в электронном виде и/или на бумажном носителе), содержащую данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю заболевания сроком давности не более 1 месяца.
5. Для поступающих на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) иметь Талон – направление на ВМП (Квоту) или талон на оказание специализированной медицинской помощи (СМП) территориального органа управления здравоохранения.
6. При экстренной госпитализации необходимо иметь направление специалиста и заключение ВКК по госпитализации ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева».
7. Для россиян и иностранных поданных, обследование и лечение которых проводится на платном основании, в амбулаторной карте должна быть квитанция об оплате обследования и лечения в зависимости от категории сложности планируемого лечения.

II. При плановой госпитализации пациентам необходимо иметь при себе (согласно Сан-ПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»):

1. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации – срок годности 3 дня
2. Результаты бактериологического исследования кала на кишечные инфекции - срок годности 2 недели
3. Анализ крови на маркеры гепатитов В и С (HbsAg, AntiHCV) - срок годности 1 месяц
4. Анализ крови на сифилис – срок годности 1 месяц
5. Детям старше 15 лет необходимо иметь данные флюорографии или рентгенографии органов грудной клетки - срок годности 1 год
6. Сведения о прививках, реакции Манту за все годы (переписать из амбулаторной карты или ксерокопия – остается на руках у родителей пациента).

7. Требования к лицу, ухаживающему за ребенком:
- Необходимо иметь отрицательные результаты бактериологического исследования кала на кишечные инфекции - срок годности 2 недели.
 - Отсутствие симптомов ОРВИ и других контагиозных заболеваний. Лица, состоящие на учете по поводу активной формы туберкулеза к уходу за пациентами не допускаются.

При отсутствии обследования сопровождающего лица в случае плановой госпитализации, данное обследование можно провести в ФНКЦ ДГОИ на платной основе.

Требования к пациентам, поступающим на плановое оперативное вмешательство (дополнительно к общему перечню):

- При необходимости проведения оперативного вмешательства:
 1. ЭКГ – срок действия 1 месяц
 2. Рентгенография органов грудной клетки – срок действия 1 год
 3. Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов – срок действия 7 дней
 4. Биохимический анализ крови с определением уровня общего белка, мочевины, креатинина, общего и прямого билирубина, АлТ, АсТ, ЩФ, глюкозы, электролитов крови. Для пациентов с сахарным диабетом – HbA1C - срок действия 7 дней.
 5. Общий анализ мочи - срок действия 7 дней.
 6. Заключение педиатра/гематолога о возможности проведения анестезии и оперативного вмешательства - срок действия 7 дней.
- При необходимости проведения инвазивных исследований под наркозом:
 1. ЭКГ – срок действия 1 месяц
 2. Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов – срок действия 7 дней
 3. Заключение педиатра/гематолога о возможности проведения анестезии и оперативного вмешательства - срок действия 7 дней.
- При необходимости проведения неинвазивных исследований под наркозом (КТ, МРТ и т.д.):
 1. ЭКГ – срок действия 1 месяц
 2. Общий анализ крови на автоматическом анализаторе – срок действия 7 дней
 3. Заключение педиатра/гематолога о возможности проведения анестезии и оперативного вмешательства - срок действия 7 дней

Для пациентов, поступающих из другого стационара либо повторно, необходимо отобразить результаты вышеуказанного обследования в выписке. Если на момент перевода пациента результаты анализов не готовы, следует прислать их по факсу. При себе пациентам необходимо иметь пленки, снимки, диски с записями исследований, а так же стекла и блоки биопсийного материала, включая первичное обследование!

Пациентам, поступающим по экстренным показаниям (в том числе из поликлинического отделения ФНКЦ ДГОИ) в течение 1-х суток необходимо предоставить справку об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации.

Зав. отделением, д.м.н.

Лечащий врач



Щербина А.Ю.

Козлова А.Л.