

Консилиум в составе: 30

Заведующий отделением Гринберг И.Г.

Главный детский гастроэнтеролог МЗ НСО Никулина А.Б., зав. ДОРИТ Данченко С.в., Клинический фармаколог Митрохин В.Е., заведующая педиатрической службой Гринберг И.Г.

ФИО пациента: Абрамов А.В. № истории болезни 3685

Задачи, поставленные перед консилиумом: трактовка тяжести, формулировка диагноза, тактика

Анамнез жизни и заболевания:

Жалобы: нет в силу возраста

Анамнез болезни: Ребёнок от 1, нормально протекавшей беременности. Роды самопроизвольные в 39 недель.

При рождении масса 3770, рост 54, окр.гол 36, Апгар 8/9 б, состояние удовлетворительное. Неонатальный скрининг 03.12.24. Вакцинирован по возрасту. На грудном вскармливании. 05.01.25 после контакта с отцом, болевшим ОРВИ, конъюнктивит, симптомы токсикоза, затем кашель и срыгивания. 09.01.25 жидкий стул и повышение Т. 11.01.25 госпитализирован в ОРИТ ДГКБ№3 в тяжёлом состоянии за счёт токсикоза, эксикоза, гастроинтестинальной недостаточности. Параклинически высокая гуморальная активность, гипоальбуминемия, воспалительная копрограмма. Назначена ИТ, инфузия альбумина, ПЭП, АБТ меропенем+зовицефта, флуканозол, дексон 0,5 мг/кг/с 14-17.01. При обследовании исключены вирусные инфекции, клостридиальная инфекция, при бак.мниторинге из кала рост полирезистентной клебсиеллы и дважды энтерококк фециум. В динамике гуморальная активность купирована, однако при попытке возобновления ЭП развитие экссудативной энтеропатии. Назначение октреотида без эффекта. На фоне голодной паузы потери по кишечнику прекращаются. Для дальнейшего лечения переводится в ДОРИТ ОКБ.

Данные объективного статуса: Состояние тяжёлое за счёт симптомов токсикоза и гастроинтестинальной недостаточности. Гемодинамика стабильная. О2 зависимости нет. В сознании, реакция на осмотр адекватная, но астенизирован. Моторнопредречевое развитие по возрасту, физическое развитие среднее гармоничное (окр.гол 38, рост 58, масса). По желудочному зонду без отделяемого. Кожа бледно-розовая, на лице, шее, ушных раковинах грибковая сыпь и мелкопластинчатое шелушение. Слизистые чистые. Тургор тканей снижен, подкожная жировая клетчатка развита равномерно, лимфоузлы не увеличены. Мышечный тонус дистоничный. Большой родничок 2,5x2,5 см на уровне костей черепа, швы сомкнуты. Дыхание проводится равномерно, пузрильное. В правой подключичной вене функционирует ЦВК (ДГКБ№3 от 11.01.25), окружающие ткани без воспаления. Пульс на лучевых и бедренных артериях отчётливый. Границы сердца перкуторно не расширены, тоны приглушены ритмичные, тахикардия. Живот немного поддут, при пальпации мягкий, безболезненный, перистальтика звучная. Печень+3,0 см, селезёнка не пальпируется. При осмотре стул скудный, безкаловый, вода, окрашенная желчью. Анус в типичном месте, сомкнут. В памперсе моча. Наружные гениталии сформированы по мужскому типу, правильно.

Температура 36,6

АД пр. 80/40 мм.рт.ст.

АД лев. 80/40 мм.рт.ст.

Пульс 132 уд. в мин.

ЧСС 132 уд. в мин.

ЧДД 36 уд. в мин.

Данные лабораторных, инструментальных и других методов исследования:

Диагноз: - -

Обоснование диагноза: Учитывая данные анамнеза: дебют заболевания с проявлений инфекционного процесса, упорство интестинальной недостаточности по мере купирования гуморальной активности

Основной диагноз: Энтеропатия смешанного генеза (постинфекционная, лекарственно-индуцированная), тяжёлой степени.

Фон: генерализованная вирусно-бактериальная инфекция, тяжёлой степени (гастроэнтероколит, бронхит, гепатит). Кандидоз кожи и слизистых.

Диф.диагноз: первичные энтеропатии, первичный иммунодефицит; НБО.

Консервативное лечение: -полное ПЭП с дотацией виталипида, аддемель, солувита,

-для оценки энтеральной толерантности начать кормление гидролизной смесью без лактозы в монотонном трофическом режиме 22.01.2025. При развитии экссудации решение вопроса о подключении антисекреторной терапии октреотидом,

-АБТ учитывая данные бак.мониторинга предшествующего стационара продолжить в комбинации

меронем+полимиксин+линезолид,

-АМТ флуканозол, по показаниям смена на микамин,

-гастропротекторы,
-далее по мере обследования, динамике состояния.

Рекомендации: Согласно рекомендации ТМК с ФГАОУ "НМИЦ им.Н.И.Пирогова" МЗ РФ РДКБ, ребёнку показано проведение полноэкзомного /полногеномного секвенирования. Данный вид обследования не входит в оплату по ОМС. Законные представители ребёнка поставлены в известность о возможности проведения обследования за счёт родителей либо благотворительных организаций.

Решение консилиума: общеклиническое обследование, включая иммуноглобулины плазмы, альфаантитрипсин, копрограмму, бак.мониторинг.

ИФА и три среды ПЦР на ТОРЧ группу.

ПЦР мочи на кандиды.

контроль гликемии, КЩС.

Подписи участников консилиума:

Заведующий отделением Гринберг И.Г.

Главный детский гастроэнтеролог МЗ НСО Никулина А.Б., зав.ДОРИТ Данченко С.в., Клинический фармаколог Митрохин В.Е., заведующая педиатрической службой Гринберг И.Г.

