

**ГАУЗ МО ХИМКИНСКАЯ ОБ ДП № 3 КЛЯЗЬМИНСКАЯ
АМБУЛАТОРИЯ**

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ № 485230

ИБРАГИМОВ РАМАЗАН ИБРАГИМОВИЧ

Дата рождения: 02.02.2019

Основной диагноз: Т90.5 Последствия тяжелой ЗЧМТ. Ушиб головного мозга. Плашевидная субдуральная гематома справа, диффузный гипоксически-ишемический отёк головного мозга. Дислокационный синдром. Состояние после декомпрессивной гемикраниоэпомии справа от 04.05.2020г, установка вентрикулярного дренажа от 28.05.2020г. Внутренняя мультилокулярная окклюзионная гидроцефалия.

Осложнения основного заболевания: 251.5 Паллиативная помощь (ВК от 05.10.20). Церебральная недостаточность. Дыхательная недостаточность 3 степени центрального генеза. Вегетативное состояние. Симптоматическая эпилепсия. Спастический тетрапарез. Псевдобульбарный синдром. Послеоперационный дефект свода черепа. Наличие трахеостомы от 26.05.20. Наличие гастростомы от 26.05.20. (251.5)

Анамнез жизни

Ребенок от матери страдающей рассеянным склерозом с 2009 г, от 1 беременности (1 триместр - токсикоз). Роды оперативные на 36 неделе путем Кесарева сечения, масса при рождении 3500г, длина 52 см, по Апгар 9 б. Вакцинирован по календарю до 1 г. Раннее развитие без особенностей. Непереносимость: неизвестно

Анамнез заболевания

Дополнительные сведения: 03.05.2020 около 15:00 дома, на голову ребёнку упала дверь от шкафа. Сознания не терял, появилось косоглазие, к врачу не обращались. На следующий день у ребёнка рвота, потеря сознания, судороги. В крайне тяжёлом состоянии госпитализирован в Химкинскую ОБ. Вечером 04.05.2020 больной был переведен в НИИ ЦДХ и Т. При поступлении состояние расценено как крайне тяжелое. Уровень сознания на момент осмотра: ШКГ 3 балла. Респираторная поддержка ИВЛ. Гемодинамика стабильная. После выполнения КТ головы и экстренном порядке, минуя ОРИТ, ребенок переведен в операционную, выполнена декомпрессивная трепанация черепа, при вскрытии ГМО пульсации мозга не было, отмечалась дестабилизация гемодинамики, что потребовало подключения норадреналина. Вазопрессорная поддержка отменена 07.05.2020. На контрольной ПТ головного мозга от 07.05.2020 критическое повреждение мозга с дислокационным синдромом, по данным ТКДГ - реверберирующий кровоток. На 4-е сутки проведен апноэтический тест, тест отрицательный (при накоплении CO₂ отмечалось запускание респираторного триггера). На 11 сутки (15.05.2020) мозговой кровоток по артериям шеи, сосудам Виллизиева круга, по левым СМА, ЗМА, венам Галена восстановился. На

контрольной КТ головного мозга от 25.05.2020 года отрицательная динамика в виде прогрессирования тотального ишемически гипоксического поражения мозга, увеличения диффузного отека, формирования кистозно-глиозных изменений паренхимы полушарий.

Посттравматический период протекал с явлениями СПОН (церебральной, респираторной, сердечнососудистой, кишечинальной, почечной недостаточностью, выраженными ВЭН и метаболическими нарушениями). Послеоперационный период осложнился развитием краевого некроза лоскута на волосистой части головы, присоединением раневой ликвореи и инфицированием поднадкостничного скопления в правой лобно-теменно-височной области. Неоднократно проводились повторные хирургические обработки ран головы с иссечением нежизнеспособных тканей. 16.06.2020 наложена вакуум-система на активной аспирации.

В связи с неблагоприятным реабилитационным прогнозом 26.05.2020 наложены трахеостома и гастростома. С 20.07.2020 пациент переведен на самостоятельное дыхание через трахеостому с дозацией кислорода 28.07.2020 переведен из ОАР в отделение нейрохирургии, где продолжено консервативное ведение ран и пролежней. Учитывая длительное заживление и гнойное отделяемое из раны, 05.08.2020 выполнена хирургическая обработка раны с резекцией костного фрагмента. В дальнейшем отмечалось нарастание симптомов ССВР. 10.09.2020 на фоне стойкого фебрилитета, сопровождавшегося эксикозом и развитием дыхательной недостаточности, ребенок переведен в ОАР. Была выполнена КТ ОГК, по результатам которой нельзя исключить двустороннюю пневмонию. Ребенку проводилась вспомогательная вентиляция легких, антибактериальная терапия, противосудорожная и метаболическая терапия, на фоне чего состояние пациента улучшилось. 24.09.2020 ребенок был переведен на самостоятельное дыхание с поддержкой кислородом 2-3 д/мин через трахеостому. За период нахождения в реанимации проведена коррекция противосудорожной терапии. 28.09.2020 пациент переведен в хирургическое отделение. 05.10.2020 на заседании врачебной комиссии пациенту присвоен паллиативный статус. 08.10.2020г, на фоне фебрильной лихорадки вновь развились эксикоз и дыхательная недостаточность. Ребенок переведен в ОАР подключен к ИВЛ, проводилась инфузионная, антибактериальная, противосудорожная, симптоматическая терапия. За период наблюдения симптомы ССВР регрессировали, что позволило отменить системную антибактериальную терапию. Далее отмечалось волнообразное течение инфекционного процесса с эпизодами нарастания полиорганной недостаточности. С 24.10.2020 по 26.10.2020 ребенок находился на вазопрессорной поддержке норадреналином до 0,2 мкг/кг/мин с уменьшением дозы в динамике; 27.10.2020 переведен на добутрекс 5 мкг/кг/мин, со стабилизацией гемодинамики. 31.10.2020, в связи с нарастанием маркеров воспаления назначен курс системной антибактериальной терапии - полимиксин В. 01.11.2020 ребенок переведен на кардиотоническую поддержку адреналином в дозе мкг/кг/мин. 04.11.2020 с учетом роста СРБ на проводимой системной АБТ полимиксином, наличием в аспирате и зеве *Serratia marcescens* и *Staphylococcus aureus* (сплошной рост) не чувствительных к полимиксину, АБТ усилена ко-тримоксазолом.

С 08.11.2020 отмечалась отрицательная динамика в состоянии пациента в виде развития септицемии (в посевах крови от 09.11.2020 *Serratia marcescens*), рост СРБ

более 200 мг/л, ПП более 17 нг/мл. В схему антибактериальной терапии добавлен ванкомицин. На этом фоне маркеры воспаления снизились. 11.11.2020 пациент переведен на самостоятельное дыхание через трахеостому, отменена вазопрессорная поддержка. В последующие дни отмечается прогрессирование ССВР, СПОН, рост маркеров воспаления (СРБ до 300), прогрессирование дыхательной и сосудистой недостаточности, потребовавшие возобновления ИВЛ и вазопрессорной поддержки. Согласно данным посевов, у ребенка в крови выявлена *Stenotrophomonas maltophilia*, чувствительная к меропенему. Проведена коррекция АБТ.

На рентгенограмме ОГК от 15.11.2020. Признаки двусторонней пневмонии. Отмечено нарастание отечного синдрома в рамках течения сепсиса, СПОН, что подтверждается на УЗИ скоплением жидкости в плевральных полостях, брюшной полости и гепатоспленомегалией.

По данным КТ от 15.11.20: Застойно-воспалительные изменения паренхимы, преимущественно дорсальных сегментов обоих легких с гиповентиляционных компонентом. Двусторонний умеренный гидроторакс. Гепатомегалия.

С 16.11.20 прогрессирующее ухудшение состояния пациента в виде нарастания полиорганной дисфункции на фоне сепсиса, которое выражалось в нестабильности гемодинамики, требующей повышения доз вазопрессоров; эпизодов брадиаритмии до 30-40/мин; нарастания дыхательной недостаточности на фоне двусторонней пневмонии и плеврита, что потребовало применения жестких режимов ИВЛ, повышения фракции кислорода, прон-позиции; нарушения почечного кровотока со снижением темпа диуреза и прогрессирования отечного синдрома; грубых водноэлектролитных и метаболических нарушений. В крови высеив *S. paratyphosus*, назначен курс антимикотической терапии амфотерицином В, затем каспофунгином. К 27.11.2020 отмечается тенденция к стабилизации состояния. Гемодинамика стабильная. На фоне ИВЛ дыхательная недостаточность не нарастает. Диурез достаточный на фоне периодической стимуляции фуросемидом, отечный синдром регрессирует. Энтеральную нагрузку усваивает. 03.12.2020 отмечается повторный рост маркеров воспаления: СРБ 96 мг/л, ПП 45 нг/мл. В связи с высеивом в крови *C. citreus* проведена коррекция АБТ: бисептол отменен, назначены ципрофлоксацин и зивокс. К 07.12.2020 положительная динамика в виде снижения маркеров воспаления: СРБ 12,9 мг/л, ПП 0,71 нг/мл. По согласованию с заведующим паллиативным отделением Морозовской ДГКБ Борисовым А.С., ребенок переведен в отделение Паллиативной мед помощи.

В Морозовской ДГКБ ребенок находился с 08.12.2020 по 30.12.2020. Диагноз при выписке: Т90.5 Последствия тяжелой ЗЧМТ. Ушиб головного мозга. Плащевидная субдуральная гематома справа, диффузный гипоксически-ишемический отёк головного мозга. Дислокационный синдром. Состояние после декомпрессивной гемикраниотомии справа от 04.05.2020г, установка вентрикулярного дренажа от 28.05.2020г. Внутренняя мультилокулярная окклюзионная гидроцефалия.

После выписки, с 31.12.2020 ребенок наблюдается по месту жительства. Ежемесячно осматривен на дому педиатром, хирургом, неврологом, окулистом.

Ребёнок проходит курсы реабилитационного массажа и ЛФК РЦ «Детство».

На фоне реабилитации отмечается положительная динамика.

Самостоятельное дыхание около месяца. Осмотрен совместно с неврологом

ГАУЗ МО МОХД 29.04.2021, заключение – реабилитационный потенциал ребенка расценен как низкий. На фоне отмены противосудорожных препаратов эпилептических приступов не отмечается. Рекомендовано – Диакارب 250 мг по 1/2 т. Через день. Аспаркам 1/2т 2 р/с. Курс реабилитации – миофасциальный массаж, суставная гимнастика, Войта-терапия, логопедический массаж.

Врачебная комиссия 15.06.2021, осмотр невролога, хирурга, офтальмолога, педиатра. Заключение – Добавлен в терапию баклосан 10мг/сут в 2 приема. Учитываю низкий реабилитационный потенциал, положительную динамику состояния, ребёнок нуждается в реабилитации.

21.06.2021



Врач-педиатр
Есина П.А.