

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Ростовской области
государственное бюджетное учреждение
Ростовской области
«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
344015, г. Ростов-на-Дону, ул. Стрелецкой дивизии, 14

Выписка из медицинской карты
стационарного больного № 1952/2-19501/1819501/532
инфекционное отд. 6 ОРИТ/185
психоневрологическое отд.
Ребенка Карпачева Савелия Сергеевича, 03.10.2011
года рождения, проживающего по адресу: Ростовская
область, Пролетарский район, г. Пролетарск, ул.
Южная д. 1.
Страховой медицинский полис обязательного
страхования граждан № 6189889746000138 ООО
МСО «Панацея»
Свидетельство о рождении серия I-АН, № 524753,
выдано Отделом ЗАГС Пролетарского района
Ростовской области 14 октября 2011г.

Карпачев Савелий Сергеевич, 7 лет, 03.10.11 г.р., проживающего(ей) по адресу: г. Пролетарск, ул. Южная 1, находившегося(йся) на стационарном лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии с 20.12.18 г, затем в инфекционном боксированном отделении №2, затем в психоневрологическом отделении ОДКБ г. Ростова-на-Дону с 20.12.18г по настоящее время (29.05.2019г) с диагнозом:

Диагноз - Основной : Аутоиммунный энцефалит с антителами к NMDA рецепторам с диффузной кортикосубкортикальной атрофией полушарий мозга, смешанной заместительной гидроцефалии. Апаралитический синдром.

Осложнение: Структурная эпилепсия с генерализованными билатеральными вторично генерализованными тонико-клоническими приступами, миоклоническими приступами со склонностью к статусному течению.

Гипоталамический синдром

Фон.: ММД, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, фонетико-фонетическое недоразвитие речи.

Ребенок наблюдался у невролога с диагнозом: ММД, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, фонетико-фонетическое недоразвитие речи. С ноября получал курс восстановительного лечения – в/м кортексин №10, мексидол 1 месяц, алтацин 1 месяц. Заболел остро 17.12.18, когда появилось изменение поведения (апатия, вялость), нарушение сна – часто просыпался ночью, не спал. С 18.12.18 повышение температуры тела до 37,6С, 19.12.18 появились зрительные галлюцинации, приступы замираний на несколько секунд, приступы отключения сознания с автоматизмами, адверсия глаз вправо, шаткость походки. Обратились в ЦРБ по месту жительства, где был поставлен диагноз ЗЧМТ, сотрясение головного мозга (за несколько дней до обращения получил удар кулаком в голову от одноклассника). Для дальнейшего обследования и лечения ребенок госпитализирован в инфекционное отделение ЦРБ г.Сальска. 20-12.18 проведено МРТ головного мозга – патологии не выявлено. Со слов отца, отравление мед.препаратами исключено, в связи с их отсутствием в доме. В лечении получал депакин-хронифера по 300мг 3 раза в день, 20.12 присоединились генерализованные тонико-клонические судороги, в связи с чем переведен в ОАРИТ г.Сальска. При поступлении в ОАРИТ отмечались приступы потери сознания с тоническими судорогами, длительностью более 10 минут, что было расценено как эпистатус. Переведен на ИВЛ с мед.седацией тиопенталом натрия. 20.12 по линии сан.авиации в сопровождении реанимационной бригады доставлен в ОАРИТ ГБУ РО ОДКБ; во время транспортировки отмечалась тахикардия до 170 в минуту, а также полиурия (700мл мочи с начала транспортировки), что соответствует 4 мл/кг/час.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, уровень сознания сопор (9 баллов по ШКТ). Субфебрильно лихорадит. Ребенок пытается открывать глаза при тактильном контакте, речевой ответ отсутствует, по просьбе выполняет команды. Отмечаются периодические приступы отключения сознания по типу абсансов. Глазные щели D=S, зрачки D>S, фотореакция сохранена,

внутренний страбизм. Кожный покров бледно-розовой окраски, без патологических элементов сыпи. Слизистые влажные. СВП менее 3 секунд. Мышечный тонус снижен. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, подвижны, безболезненны. Продолжается ИВЛ аппаратом Servo-S в режиме управления давлением FiO2 40%, f 18 в минуту, PEEP +5см, H2O, PIP +17см H2O. В легких при аускультации жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Гемодинамика имеет тенденцию к тахикардии (до 160 уд в минуту) и артериальной гипертензии. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Менингеальные симптомы положительные (ригидность затылочных мышц 5 см, симптом Кернига и нижний Брудзинского).

С 24.12.18 у ребенка отмечается отрицательная динамика в виде развития гипонатриемии (126ммоль/л), полиурии (почасовой диурез 5мл/кг/час), фебрильной лихорадки, не поддающейся купированию антипиретическими средствами, сохранение тахикардии и артериальной гипертензии без эффекта от антигипертензивной терапии, нарушения сознания до уровня сопора, что расценено как проявление дисцефального синдрома. При попытке отменить мед.седацию тиопенталом натрия у ребенка отмечается возобновление судорожного синдрома, введение тиопентала натрия возобновлено в дозе 1 мг/кг/час. С целью коррекции темпа диуреза ребенку назначен десмопрессин – темп диуреза восстановлен (1,6мл/кг/час). С 11.01.19 в связи с появлением многократных клонических судорог, несмотря на проводимую терапию, назначено плановое введение сибазона.

29.12.18 проведено МРТ ГМ – выявлены энцефалитические очаги в правой височной доле, гипокампе, базальных ядрах справа, в правой половине четверохолмия, по правому латеральному контуру 3 желудочка, в области угловой извилины.

15.01.19 произведена операции накладывания трахеостомы.

При обследовании

1. ОАК

1. Общий анализ крови:

Дата	RBC, 10 ¹² /л	Hb, г/л	HCT	PLT, 10 ⁹ /л	WBC, 10 ⁹ /л	NE, %	LY, %	MO, %	EO, %	BA, %	СОЭ, мм/ч
05.03	3,37	94	29,6	296	6,8	69,0	19,3	9,9	0,7	1,1	14
11.03	4,51	121	37,4	240	8,3	37,4	48,6	7,5	5,5	1,0	5
18.03	3,95	107	33,6	365	8,9	68,2	17,1	11,9	1,4	1,4	3
25.03	4,13	108	34,1	359	5,9	56,1	28,9	12,1	1,5	1,4	4
01.04	4,06	103	33,0	358	8,5	67,2	20,7	10,0	0,8	1,3	4
08.04	3,49	89	27,9	460	10,1	72	12,3	12,9	1,1	1,7	25
15.04	3,83	94	30,7	578	7,3	74,8	11,7	6,9	5,6	1,0	14
16.04	3,54	87	27,6	549	5,8	73,0	15,9	8,4	1,2	1,5	15
19.04	3,90	95	30,2	588	5,8	59,7	29,9	6,6	2,1	1,7	5
22.04	3,92	96	30,4	499	4,7	62,6	24,3	9,5	1,8	1,8	15
29.04	3,89	94	29,2	288	4,1	52,6	31,8	11,9	2,2	1,5	10
30.04	3,96	94	30,1	261	4,7	62,4	24,0	9,8	2,0	1,8	6
07.05	4,46	106	33,6	339	5,8	71,0	18,6	6,8	2,1	1,5	20
13.05	4,24	99	31,5	361	6,0	68,8	19,5	9,1	0,9	1,7	3
16.05	4,12	96	30,6	292	4,8	59,2	25,0	12,5	1,7	1,6	4а

2. Группа крови В (III) Rh – положительный от 20.12.18

3. ОАМ

дата	Уд. вес	pH	цвет	кет	белок	глю	слизь	лейк	эритро	Соли
22.12	1015	8,5	желт	2+	0,10	отр	отр	0-1	2-4	
23.12					0,23					Аморф фосфаты +++
29.12	1020	7,5	желт	+	0,27	-	-	2-3		
5.01	1020	7,5	желт	+	0,43	-	-	Ед*	Ед*	+++
15.01	1025	7,0	желт	-	0,62	отр	++	1-2	Ед*	-
23.02	1020	8,5	желт		0,09			5-6	2-3	Бак флора ++
18.03	1015	8,5	желт							

08.04	1015	8,5	желт										
29.04	1015	8,5	желт										
24.05	1015	8,5	желт										

4. Биохимия крови

дата	20.12	25.12	26.12	29.12	30.12	2.01	12.01	15.01	23.01	5.02	19.02	26.02	4.03
об. белок	71	67		65	65	62	56			66	61		64
ЩФ													Едл
альбумин	46,			37,						33,6			35
				6									г/л
мочевина	5,0		6,4			4,5	5,6	5,6	2,6		2,1		2,8
													ммоль/л
Билир. Общ.	23,4												6,6
													мкмоль/л
АСТ	23	21		26			30				15		16
													Едл
АЛТ	9	4		0			9				3		6
													Едл
креатинин	54		45			42	39	41	33		35		40
													мкмоль/л
глюкоза	4,9	6,9		5,6	6,8	6,2	5,6			5,6	5,2		5,6
													ммоль/л
Прокальцитонин												0,5	
													нг/мл
СРБ	0,0	8,8	0,0	0,0		3,1	22,3	21,5	14,0	9,5	52,8	40,	
						1	1	8		6	5	29	мг/л
дата	18.03.	08.04.	23.04.	30.04.	13.05.								
	19г	19г	19г	19г	19г								
общ. белок	67,	60	77,	69,	65								г/л
	9		8	5	8								
ЩФ													Едл
альбумин		33,	43,		42,								г/л
		6	2		1								
мочевина	2,1	1,9	1,8	1,2	1,5								ммоль/л
Билир. Общ.	3,0	2,9	4,5	3,7	4,9								мкмоль/л
АСТ	6,7	15	9,5	7,5	7,0								Едл
АЛТ	8,9	10	19,	15,	11,								Едл
			5	8	7								
креатинин	32	31	34	26	36								мкмоль/л
глюкоза	6,1	6,2	5,0	5,0	5,9								ммоль/л
Прокальцитонин													нг/мл
СРБ	0,1	74,	3,7	1,7	3,7								мг/л
		75											
железо	2,9	2,4	6,0	4,4	4,6								ммоль/л
фосфор	1,5	1,2	1,6	1,6	1,5								ммоль/л
	5	3	2	0	6								
кальций	2,2	2,1	2,5	2,4	2,2								ммоль/л
	4	3	8	1	0								

5. КЩС, электролиты

дата	pH	Na+	K+	глюкоза	Лас	Het	HCO3-	BE ecf	BE (B)
20.12	7,57	134	3,7	4,6	1,7	40	25,7	3,7	4,4
22.12	7,45	134	3,9	4,5	0,7	36	29,9	5,9	5,3
23.12	7,55	138	4,0	5,0	1,1	38	34,0	11,1	10,8
24.12	7,43	129	4,6	6,3	0,7	40	34,5	10,0	8,6

25.12	7,45	137	4,3	6,5	1,0	38	32,7	8,8	7,6
26.12	7,48	143	3,9	5,6	1,2	36	29,8	6,3	5,8
27.12	7,41	136	4,1	6,0	0,0	38	31,1	6,6	5,4
30.12	7,5	134	4,0	5,9	1,2	37	30,4	7,0	6,7
1.01	7,44	130	4,0	5,6	1,2	35	55,0	30	26,4
3.01	7,51	136	3,4	4,7	1,5	32	29,5	6,4	6,1
5.01	7,49	138	3,9	5,3	1,0	35	34,3	10,8	9,8
7.01	7,64	143	4,1	6,0	1,6	33	32,3	10,9	11,1
9.01	7,56	147	3,5	5,8	1,4	32	35,9	12,8	14,8
11.01	7,56	140	3,9	4,9	0,9	30	30,4	8,0	7,8
13.01	7,57	138	3,9	5,0	1,6	30	38,5	15,9	15,0
15.01	7,61	139	3,2	5,3	2,0	27	28,1	6,3	6,6
27.01	7,49	139	3,8	9,5	1,4	28	27,4	4,1	3,9
21.02	7,53	131	4,0	6,7	1,4	30	22,6	0,1	0,6
22.02	7,41	133	3,6	4,1	1,6	30	27,3	3,0	2,3
23.02	7,47	125	4,2	4,6	2,7	33	26,9	3,5	3,2
24.02	7,49	132	3,9	3,9	3,3	28	22,1	-1,0	-0,7
25.02	7,50	127	3,3	4,7	1,7	33	24,2	1,4	1,5
04.03	7,52	129	3,9	5,3	1,0	31	28,6	5,8	5,6
11.03	7,49	125	3,8	5,0	1,6	33	28,2	4,6	4,7
дата	pH	Na+	K+	глюкоза	Lac	Hct	HCO3-	BE ecf	BE (B)
15.04	7,40	120	4,4	5,2	0,9	31	28,5	3,7	3,2
22.04	7,38	122	4,1	4,4	2,0	34	25,4	0,3	0,0
29.04	7,42	125	4,6	4,7	1,1	31	30,5	5,6	5,3
06.05	7,39	126	3,9	5,8	1,4	31	24,8	-0,2	-0,2
13.05	7,37	126	4,2	5,5	1,5	35	24,9	-0,4	-0,5
24.05	7,40	124	4,5	5,2	1,4	34	26,6	1,5	1,5

6. Катетер на стерильность от 26.12.18 – выделен *S. epidermidis* 10³, чувствительный к оксациллину, цефокситину, ампициллину, ванкомицину, клиндамицину, тетрациклину, эритромицину, гентамицину.

7. Мазок из зева, носа от 21.12.18 – выделен *S. aureus* 10⁶, *Candida albicans* 10⁶, чувствительный к ампициллину, ванкомицину, гентамицину, ципрофлоксацину, устойчивый к оксациллину, цефокситину, клиндамицину, тетрациклину, эритромицину.

8. Ликвор на стерильность от 25.12.18: посев стерилен.

9. Кровь на стерильность от 21.12.18: посев стерилен.

10. Моча на стерильность от 21.12.18; 14.01.19: посев стерилен.

11. Моча на дрожжеподобные грибы от 14.01.19 – выделен *C. albicans* 10³.

12. Моча на антиген *Legionella pneumophila* серогруппы 1 не обнаружена.

13. Смыв из бронхов на флору от 21.12.18: выделен *Ps. aeruginosa* 10³, полирезистентный.

14. Катетер на стерильность от 26.12.18: выделен *S. epidermidis* 10³.

15. Анализ спинномозговой жидкости :

дата	кол-во мл	белок г/л	глюкоза ммоль/л	хлориды ммоль/л	цитоз 10 ⁶ /л	нейтрофилы %	лимфоциты %
25.12	0,7	0,3	5,1	113	5,3		

16. Гемостазиограмма :

Исследование	Референтное н-е	20.1	22.1	25.1	30.1	2.01	4.01	20.0	23.0	26.0
Протромбиновое время	9,8–13,2 сек	11,2	11,5	10,7	10,8	10,4	10,8	10,2	10,5	11,0
ПТИ	73,8–110%	87,8	82,9	96,9	94,9	103	94,9	107,4	100,9	91,3
МНО	0,84–1,26	1,11	1,14	1,06	1,07	1,03	1,07	1,01	1,04	1,09
АЧТВ	28,0–37,8 сек	29,2	32,9	30,3	26,8	24,9	28,2	32,4	30,6	29,9

Фибриноген	2,2–3,2 г/л	2,1	1,9	2,2	1,8	1,9	2,3	3,1	
Тромбиновое время	15,6–23,4 сек	16,7	15,6	16,8	18,5	17,2	15,7	22,0	
АТ 3	90–130 % (6–11 лет)	114,8	92,6	117,1	116,8	125,9	123,5	117,4	102,4
D-димер	<0,55 мг/л								
Исследование	Референтное зн-е	15,04	22,04	29,04	07,05	15,05	24,05		
Протромбиновое время	9,8–13,2 сек		10,4		10,2	10,9	10,6		
ПТИ	73,8–110%		103,0		107,4	93,1	98,9		
МНО	0,84–1,26		1,03		1,01	1,08	1,05		
АЧТВ	28,0–37,8 сек	37,0	36,9	35,3	38,1	38,8	64,8		
Фибриноген	2,2–3,2 г/л		2,2		1,9	1,9	1,6		
Тромбиновое время	15,6–23,4 сек		17,8	20,1	21,1	20,0	нет коаг.		
АТ 3	90–130 % (6–11 лет)		112,5		103,8	95,5	107,1		
D-димер	<0,55 мг/л		1,46	0,57	0,40	0,57	0,42		

17. ПЦР крови (25.12.18):

Cytomegalovirus	Не выявлен
HerpesSV 1-2 типа	Не выявлен
VirusGH 6	Не выявлен
Epstein-Barr virus	Не выявлен
VZV (ветряная оспа)	Не выявлен
Candida albicans	Не выявлен

18. ПЦР ликвора (25.12.18):

Cytomegalovirus	Не выявлен
Herpes SV 1-2 типа	Не выявлен
Virus GH 6	Не выявлен
Epstein-Barr virus	Не выявлен
Candida albicans	Не выявлен
VZV	Не выявлен

19. ЭКГ от 20.12.18г.: неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка. Нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков. Тахикардия 170-150

От 21.12.18: по сравнению сохраняется Стип гипертрофии правого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Нарушение процессов реполяризации в миокарде, преимущественно нижней стенки ЛЖ. Тахикардия 150

От 2.01.19: сохраняется сниженный вольтаж ЭКГ, S тип гипертрофии правого желудочка. Увеличилась частота СС до 170-175

От 05.04.19: нерезкие изменения в миокарде желудочков.

20. СКТ ГМ от 20.12.18 – КТ-признаков патологических изменений ГМ не выявлено.

РКТ ГМ от 22.12.18 – КТ-признаков патологических изменений вещества головного мозга не найдено. КТ картина полисинусита. В сравнении с СКТ от 20.12 – отрицательной динамики нет. КТ-признаков патологических изменений в шейном отделе позвоночника не найдено.

От 23.12.18 – КТ-признаков патологических изменений ГМ не выявлено. КТ-картина полисинусита. В сравнении с СКТ от 22.12.18 – без отрицательной динамики.

От 06.01.19 – Определяется снижение плотности вещества ГМ, нарушение дифференциации между серым и белым веществом. Визуализируются симметричные участки пониженной плотности белого вещества ГМ в лобных и теменных областях. Боковые желудочки мозга не расширены, асимметричны (S>D). Субарахноидальные пространства умеренно расширены. Снижение пневматизации ячеек сосцевидных отростков височных костей. Срединные структуры не смещены. В теменной области справа (парасагиттально) визуализируется костный дефект

наружной и внутренней костной пластинки округлой формы, размерами 5*4,5мм (диплоические вены?). Заключение: КТ-признаки наиболее соответствуют воспалительным изменениям головного мозга (менингоэнцефалит).

На РКТ головного мозга от 04.04.2019г: определяется снижение плотности вещества головного мозга и нарушение дифференциации между серым и белым веществом головного мозга. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки головного мозга – умеренно расширены (на уровне тел до 17,5мм), 3 желудочек умеренно расширен (до 15 мм), 4 желудочек без особенностей. Цистерны основания головного мозга обычной конфигурации, умеренно расширены. Латеральные щели, межполушарная щель, базальные и конвекситальные борозды большого мозга – расширены. Турецкое седло не изменено. Параселлярные структуры без особенностей. Поперечная исчерченность структур мозжечка. Внутренние слуховые проходы не расширены, симметричны. Ячейки сосцевидных отростков височных костей развиты правильно, их пневматизация не нарушена. Структура костей свода и основания черепа без особенностей. Заключение – признаки энцефалопатии, с явлениями атрофического процесса, гипоксически-ишемические изменения головного мозга.

21. СКТ ОГК от 20.12.18 – КТ-признаков очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

От 23.12.18 – КТ-картина «матового стекла», больше справа – как признак обратимого воспалительного процесса.

От 06.01.19 – КТ-признаки бронхита; фиброзных изменений в нижней доле (S6, S10) левого легкого.

От 11.03.2019г- инфильтративные изменения нижних долей легких визуализируется

СКТ органов грудной клетки от 26.03.2019г: очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Бронхо-сосудистый рисунок усилен с двух сторон. Уплотнение междолевых щелей. Средостение структурно, не смещено, в трахее Трахеостомы. Бронхи 1-3 порядка с обеих сторон сужены, проходимы, стенки их уплотнены. Диафрагма расположена обычно, контуры ее ровные, четкие. Плевральные полости без особенностей. Определяются плотные плевральные спайки в S10 и S 9 слева. Лимфатические узлы не увеличены. Мягкие ткани, костные структуры грудной клетки не изменены. Заключение: КТ-признаки фиброзных изменений в нижних долях легких.

СКТ органов грудной клетки от 04.04.2019г- усиление и деформации (в прикорневых отделах) бронхо-сосудистого рисунка. В нижней доли левого легкого определяются плотные плевральные спайки. Уплотнение междолевых щелей. Средостение структурно, не смещено, в трахее трахеостомы. Бронхи 1-3 порядка с обеих сторон сужены, проходимы, стенки их не уплотнены. Диафрагма расположена обычно, контуры ее ровные, четкие. Плевральные полости без особенностей. Лимфатические узлы не увеличены. Мягкие ткани, костные структуры грудной клетки не изменены. Заключение: КТ-признаки бронхита; фиброзных изменений в нижней доле левого легкого.

СКТ органов грудной клетки от 04.04.2019г- усиление и деформации (в прикорневых отделах) бронхо-сосудистого рисунка. В нижней доли левого легкого определяются плотные плевральные спайки. Уплотнение междолевых щелей. Средостение структурно, не смещено, в трахее трахеостомы. Бронхи 1-3 порядка с обеих сторон сужены, проходимы, стенки их не уплотнены. Диафрагма расположена обычно, контуры ее ровные, четкие. Плевральные полости без особенностей. Лимфатические узлы не увеличены. Мягкие ткани, костные структуры грудной клетки не изменены. Заключение: КТ-признаки бронхита; фиброзных изменений в нижней доле левого легкого.

22. Рентгенограмма ОГК от 26.12.18 – Р-признаков очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено, признаков пневмоторакса не определяется.

Рентгенограмма органов грудной клетки от 20.02.19: не позволяет исключить воспалительные заболевания в легких с двух сторон.

От 25.02.19: рентгенологическая картина не позволяет исключить воспалительные изменения в легких, плеврит.

23. МРТ головного мозга, ангиография от 29.12.18 – МР-признаки множественных зон измененного МР-сигнала правого полушария мозга (в медиальных отделах правой височной доли, с распространением на гиппокамп, в области базальных ядер, в субкортикальных отделах правой затылочной доли, в правой половине пластинки четверохолмия, по правому латеральному контуру 3 желудочка, в правых задних отдела ствола мозолистого тела, в области угловой извилины)

воспалительного характера – энцефалит?, учитывая одностороннее поражение дифференцировать с ишемией.

От 10.01.19 (динамика от 29.12.18) – в медиальных отделах правой височной доли, с распространением на гиппокамп сохраняется зона гиперинтенсивного МР-сигнала. Аналогичные зоны сохраняются в области базальных ядер справа и слева, в субкортикальных отделах правой и левой затылочной доли, в правой половине пластинки четверохолмия, по правому латеральному контуру 3 желудочка, в правых и левых задних отделах ствола мозолистого тела, в области угловой извилины, в левой доле мозжечка. Заключение – МР-признаки множественных зон измененного МР-сигнала головного мозга более всего соответствует воспалительному характеру поражения – энцефалит. Динамика отрицательная.

МРТ головного мозга, МРА от 25.01.19 – В медиальных отделах правой височной доли, с распространением на гиппокамп сохраняется зона гиперинтенсивного АР сигнала FLAIR, DWI. Аналогичные зоны сохраняются в области базальных ядер справа и слева, в четверохолмия, по правому латеральному контуру III желудочка, в правых и левых задних отделах ствола, ножках мозга, мозолистом теле, в области угловой извилины, в правой и левой долях мозжечка. В динамике, зоны гиперинтенсивного МР сигнала определяются в субкортикальных отделах лобно-теменных долей. Определяется диффузная кортикосубкортикальная атрофия поверхности полушарий, корковые борозды углублены, компенсаторно расширены конвекситальные субарахноидальные пространства полушарий. Желудочки мозга – не расширены, боковые желудочки симметричны, умеренно расширены (на уровне тел до 13 мм). Перивентрикулярно зоны глиоза. Ретроцеребеллярно определяется киста размерами 22,0 x 14,3мм. Смещения срединных структур нет. В области ММУ с обеих сторон патологических объемных образований нет. Цистерны основания не расширены. Хиазмально-селлярная области без особенностей, гипофиз имеет типичный МР сигнал. Краниовертебральный переход без особенностей, миндалины мозжечка расположены на уровне БЗО. Гипертрофия слизистой полости носа, ячеек решетчатой кости, пристеночная гипертрофия слизистой основной пазухи, верхнечелюстных пазух. Повышен МР сигнал от ячеек сосцевидных отростков височных костей с обеих сторон за счет жидкостного содержимого.

Заключение: МР признаки множественных зон измененного МР сигнала головного мозга, ствола более всего соответствуют воспалительному характеру поражения – энцефалит. Динамика отрицательная в виде появления новых зон измененного МР сигнала в субкортикальных отделах лобно-теменных долей, нарастания атрофических изменений полушарий мозга. Признаки максиллита, сфеноидита, 2-хстороннего среднего отита.

Проведено контрольное МРТ с контрастированием

От 4.02.19: в медиальных отделах правой височной доли с распространением на гиппокамп, сохраняются зону гиперинтенсивного МР сигнала FLAIR DWI. Аналогичные зоны сохраняются в области базальных ядер справа и слева, в субкортикальных отделах правой и левой затылочной доли, в правой половине пластинки четверохолмия, по правому латеральному контуру III желудочка, в правых и левых отделах ствола, ножках мозга, мозолистом теле, в области угловой извилины, правой и левой долях мозжечка. В динамике зоны гиперинтенсивного МР сигнала определяется в субкортикальных отделах лобно-теменных долей. Определяется диффузная кортикосубкортикальная атрофия поверхности полушария, корковые борозды углублены, компенсаторно расширены конвекситальные субарахноидальные пространства полушарий. После контраста: патологического накопления контраста не выявлено. Желудочки мозга не расширены. Боковые симметричны, умеренно расширено (на уровне тел до 13 мм). Перивентрикулярно – зону глиоза. Ретроцеребеллярно определяется киста размерами 22,0 x 14,3 мм, смещения срединных структур нет. В области ММУ с обеих сторон патологических объемных образований нет. Цистерны основания не расширены. Хиазмально-селлярная области без особенностей, гипофиз имеет типичный МР сигнал. Краниовертебральный переход без особенностей, миндалины мозжечка расположены на уровне БЗО. Гипертрофия слизистой полости носа, ячеек решетчатой кости, пристеночная гипертрофия слизистой основной пазухи, верхнечелюстных пазух. Повышен МР сигнал от ячеек сосцевидных отростков височных костей с обеих сторон за счет жидкостного содержимого.

При проведении МР ангиографии левая и правая внутренняя сонная и ее сифон обычного направления и диаметра, без признаков смещения или внешнего сдавления. МР сигнал внутри просвета сосудов однородный. Веллизиев круг замкнут, интракраниальный отдел позвоночных артерий асимметричен (D<S). МР сигнал однородный. Дефектов наполнения не выявлено.

Аневризм и АВМ сосудов ГМ не выявлено. В сагиттальной проекции (после контраста) спинной мозг в зоне сканирования однородного МР сигнала. Физиологический шейный лордоз, грудной кифоз, поясничный лордоз. Высота отснятых позвонков не снижена, сигнал от межпозвоночных дисков не снижен. Структура отснятых тел позвонков однородного МР сигнала. Пре- и паравертебральные мягкие ткани не изменены. Зон патологического накопления контраста по оболочкам спинного мозга не выявлено. Заключение: МР признаки множественных зон измененного МР сигнала головного мозга, ствола, более всего соответствует воспалительному характеру поражения – энцефалит. МР признаки умеренно диффузной кортикосубкортикальной атрофии полушарий мозга. Признаки максиллита, сфеноидита, 2-стороннего среднего отита. Без существенной динамики по сравнению с предыдущим исследованием.

От 21.02.19: в динамике сохраняется в медиальных отделах правой височной доли с распространением на гиппокамп, сохраняются зоны гиперинтенсивного МР сигнала FLAIR DWI. Аналогичные зоны сохраняются в области базальных ядер справа и слева. В области левого таламуса изменения менее выраженные по сравнению с предыдущим исследованием. В стволе мозолистого тела определяется ярковыраженная зона гиперинтенсивного МР сигнала на FLAIR. В субкортикальных отделах лобно-теменных долей зона МР сигнала менее выражены. В мозжечке в настоящее время зон измененного МР сигнала нет. Определяется диффузная кортикосубкортикальная атрофия поверхности полушария, корковые борозды углублены, компенсаторно расширены конвекситальные субарахноидальные пространства полушарий. Желудочки мозга не расширены. Боковые симметричны, умеренно расширено (на уровне тел справа до 17,0, слева до 14,5 мм).

Повышен МР сигнал от ячеек сосцевидных отростков височных костей с обеих сторон за счет жидкостного содержимого.

От 11.03.19: в медиальных отделах правой, в меньшей степени левой височной доли сохраняются зоны слабо гиперинтенсивного МР сигнала FLAIR, DWI. Аналогичные зоны сохраняются в области правого таламуса. Определяется диффузная кортикосубкортикальная атрофия поверхности полушарий, корковые борозды углублены, компенсаторно расширены конвекситальные субарахноидальные пространства полушарий. Желудочки мозга – 3 расширен до 15,1 мм, боковые желудочки асимметричны D>S, умеренно расширены (на уровне тел справа до 18,6мм, было 17,0мм, слева до 17,4мм, было 14,5мм). Перивентрикулярно зоны глиоза. Ретроцеребеллярно определяется киста размерами 22,0x14,3мм. Смещения срединных структур нет. В области ММУ с обеих сторон патологических объемных образований нет. Цистерны основания не расширены. Хиазмально седлярная области без особенностей, гипофиз имеет типичный МР сигнал. Краниовертебральный переход без особенностей, миндалины мозжечка расположены на уровне БЗО. Гипертрофия слизистой полости носа. Повышен МР сигнал от ячеек сосцевидных отростков височных костей с обеих сторон за счет жидкостного содержимого.

При проведении МР ангиографии левая и правая внутренняя сонная и ее сифон обычного направления и диаметра, без признаков смещения или внешнего сдавления. МР сигнал внутри просвета сосудов однородный. Виллизиев круг замкнут, гипоплазия ЗСА с обеих сторон, снижен кровоток в сегментах А1-А2 ПМА, снижен кровоток в периферических отделах правой СМА, снижен кровоток в основной артерии, интракраниальный отдел позвоночных артерий асимметричен D<S, МР сигнал однородный, дефектов наполнения не выявлено. Аневризм и АВМ сосудов головного мозга не выявлено. Заключение: МР признаки зон измененного МР сигнала в медиальных отделах височных долей, в области правого таламуса, МР признаки диффузной кортикосубкортикальной атрофии полушарий мозга, смешанной заместительной гидроцефалии. Признаки 2-стороннего среднего отита.

МРТ головного мозга от 24.04.19: зоны гиперинтенсивного МР сигнала сохраняется в области правого таламуса. Определяется диффузная кортикосубкортикальная атрофия поверхности полушарий, корковые борозды углублены, компенсаторно расширены конвекситальные субарахноидальные пространства полушарий. Желудочки мозга – 3 расширен до 15,1 мм, боковые желудочки асимметричны D>S, умеренно расширены (на уровне тел справа до 19,5мм, было 18,6мм, слева до 18,5мм, было 17,4мм). Перивентрикулярно зоны глиоза. Ретроцеребеллярно определяется киста размерами 22,0x14,3мм. Смещения срединных структур нет. В области ММУ с обеих сторон патологических объемных образований нет. Цистерны основания не расширены. Хиазмально седлярная области без особенностей, гипофиз имеет типичный МР сигнал. Краниовертебральный переход без особенностей; миндалины мозжечка расположены на уровне

15-18 ч.	500,0	1010	3-6 ч.	400,0	1012
----------	-------	------	--------	-------	------

Дневной диурез 1340,0 мл. Ночной диурез 1350,0 мл. Выделено мочи 2690,0 мл.

33. ПЦР ликвора (20.05.19):

Cytomegalovirus	Не выявлен
Mycoplasma hominis	Не выявлен
Chlamydia trachomatis	Не выявлен
Ur. urealyticum + Ur. parvum	Не выявлен
Candida albicans	Не выявлен

34. Анализ мочи по Нечипоренко от 24.05.19:

Показатель	Результат	Норма
Количество лейкоцитов	$6,5 \times 10^6$ л	До $4,0 \times 10^6$ л
Количество эритроцитов	$0,5 \times 10^6$ л	До $1,0 \times 10^6$ л
Цилиндры		Отсутствуют

35. Консультация ЛОР от 02.04.19: Диагноз: Хронический кашлюноситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное.

36. Консультация окулиста от 29.03.19: Диагноз: Ангионевропатия сетчатки обоих глаз. Рекомендовано: Осмотр окулиста в динамике.

37. Анализ крови на антитела к NMDA-рецептору, IgG от 29.03.19: 1:160 (норма менее 1:10).

38. Консультация ЛОР от 02.04.19: Диагноз: Хронический кашлюноситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное.

39. Бронхоскопия от 17.05.19: Катарально-слизистый двусторонний ларингит.

40. Консультация ортопеда от 20.05.19: Диагноз: Сколиотическая осанка. Сгибательно-пронационная контрактура левого предплечья. Эквино-вальгусная деформация стоп. Рекомендовано: Ортопедический режим (гигиена осанки, жесткая ровная постель, правильная школьная мебель с учетом роста, сидеть, облокотившись на спинку стула и т. д.). ЛФК для мышц спины, нижних и верхних конечностей регулярно. Ортопедические изделия: Обувь ортопедическая лечебная 4 пары в год. Ортопедические стельки. Корректор осанки (носить до 3-5 часов в сутки) при статической нагрузке. Вороник Шанца. Ходунки ортопедические индивидуального использования с подмышечной опорой, сиденьем и упором для таза, поддержкой туловища, поддержкой для рук с вертикальными ручками, держателями голени и тормозами. Аппарат на туловище и нижние конечности (SWASH). Опора для сидения, опора для стояния (заднеопорная, с возможностью использования в качестве переднеопорной) с абдуктором, упором для коленей, поддержкой туловища. Вертикализатор, динамический параподиум. Коляска комнатная и прогулочная (для детей с ДПП и инвалидов) с боковыми поддержками таза, подножкой, анатомическим подголовником, столиком с подлокотной частью. Кресло-стул с санитарным оснащением, с возможностью изменения угла наклона спинки, подножки и всего сидения целиком, с корректирующими поддержками туловища и ремнем для поддержки таза. Тьютора безнагрузочные на голеностопные суставы на дневной и ночной сон. Кистедержатель. Осмотр через 6 мес.

41. ПЦР исследование крови (качественный метод) от 27.05.19: Candida albicans – не выявлен.

42. ПЦР исследование мочи (качественный метод) от 20.05.19: Candida albicans – не выявлен, Mycoplasma hominis – не выявлен, Chlamydia trachomatis – не выявлен, Ur. urealyticum + Ur. parvum – не выявлен.

43. Исследование гуморального звена иммунитета от 12.04.19: IgA – 1,3 г/л, IgM – 0,3 г/л, IgG – 4,6 г/л, ЦИК – 37 у. е.

44. Иммунологическое исследование от 11.05.19:

Наименование показателя	Единицы измерения	Результат
Лейкоциты	10^9 /л	4,8
Лимфоциты	%	25
CD45+ CD3+	%	80
CD45+ CD3+	10^6 /л	0,96
CD45+ CD3+ CD4	%	36
CD45+ CD3+ CD8+	%	37
ИРИ	у. е.	0,99
CD45+ CD3+ CD16+ / CD56+	%	8

CD45+CD19+	%	10
CD45+CD19+	10 ⁹ /л	0,12
Сывороточные иммуноглобулины		
IgA	г/л	1,7
IgM	г/л	0,4
IgG	г/л	8,0
ЦИК	у. е.	36
Функциональная активность нейтрофилов, НСТ-тест (коэффициент стимуляции)	у. е.	0,84

45. Анализ крови на АТ к ЦМВ, ВЭБ, ВПЧ от 10.05.19: К ЦМВ: Ig G- 3,09 (0,24), ИА 99%, Ig M- 0,0 (0,4). К ВПЧ: Ig G- 3,0 (0,16), ИА 98%, Ig M- 0,0. К ВЭБ: АТ к ядерному АГ - Ig G- 3,41 (0,22), АТ к капсидному АГ - IgM- 0,0 (0,33), АТ к раннему АГ (ЕА-138) ЕА - IgG - 0,0.

46. Консультация ЛОР от 17.05.19: Ларингоскопически: слизистая розовая, влажная, черпала несколько отёчны, голосовые складки серые, симметричные, просвет подголосового пространства несколько сужен за счёт отёка, над трахеостомической трубкой определяется незначительный отёк.

47. УЗИ вен нижних конечностей от 15.05.19: УЗ признаки тромбоза вен нижних конечностей слева в стадии реканализации.

48. Консультация эндокринолога от 15.05.19: Данных за несахарный диабет центрального генеза не выявлено.

49. Консультация ЛОР от 08.05.19: На момент осмотра трахеостомическая трубка функционирует хорошо. Дыхание проводится. Рана вокруг трубки относительно чистая. Туалет. Для попытки восстановления дыхания необходима бронхоскопия с решением вопроса о смене трубки.

50. Консультация окулиста от 08.05.19: Диагноз: Ангионевропатия сетчатки (нельзя исключить ЧАЗН) обоих глаз, больше слева. Рекомендовано: Лечение основного заболевания. Осмотр окулиста в динамике.

51. Консультация ЛОР от 06.05.19: Диагноз: Хронический канюлоноситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное.

52. Консультация сосудистого хирурга от 29.04.19: венозный окклюзирующий тромбоз посткатетерный без флотации, ХВН1.

53. Консультация сосудистого хирурга от 15.05.19: Заключение: Посттромбофлебитный синдром вен левой конечности в стадии частичной реканализации. ХВН 1. В периоде наблюдения отмечена положительная динамика в виде частичного растворения тромбов, восстановления кровотока.

54. УЗИ нижних конечностей от 08.04.2019г – признаки тромбоза наружной подвздошной вены, общей бедренной вены, подколенной вены, задних вен голени слева без признаков флотации.

55. УЗИ вен нижних конечностей от 25.04.2019г- отмечается положительная динамика. Пристеночно лоцируются гиперэхогенные тромботические массы в стадии реканализации. Фрагментарно отмечается кровоток. При компрессии датчиком вены спадаются не полностью.

При триплексном сканировании вен нижних конечностей от 15.05.2019г – глубокие вены слева: в наружной подвздошной вене, в общей бедренной вене, в подколенной вене, в глубоких венах голени пристеночно лоцируются гиперэхогенные тромботические массы в стадии реканализации. В режиме ЦДК прослеживается кровоток, при компрессии датчиком спадаются не полностью.

Поверхностные вены слева: большая подкожная вена (БПВ) – ствол БПВ не расширен. В устье БПВ лоцируются гиперэхогенные тромботические массы в стадии реканализации. При компрессии датчиком спадаются не полностью. В режиме ЦДК прослеживается кровоток.

Малая подкожная вена (МПВ): ствол МПВ не расширен, проходим на всем протяжении, при компрессии датчиком спадаются полностью, при проведении проб недостаточности остиального клапана и клапанов ствола МПВ не выявлено. Заключение: УЗ признаки тромбоза вен нижних конечностей слева в стадии реканализации.

56. ЭЭГ № 306 от 15.03.2019г: Во время исследования ребёнок находился в вегетативном состоянии, в связи с чем функциональные пробы не проводились. Фоновая ритмика представлена

медленными волнами тета-дельта диапазона, в структуре которых прослеживаются периодические латерализованные эпилептиформные разряды в виде острых волн, регистрируемые в левом полушарии (PLEDS).

ЭЭГ от 08.05.2019г: без существенной динамики, фоновая ритмика представлена в основном высокоамплитудными нерегулярными волнами тета, дельта диапазона. Зональные различия сглажены. В структуре медленных волн прослеживаются периодические медленные эпилептиформные разряды с переменной амплитудной акцентуацией с некоторым преобладанием в теменно-затылочном отделе. Фотостимуляция усвоения ритма и фотопароксизмального ответа не вызвала.

57. ЭКГ № 2264 от 05.04.19: Резкое отклонение вправо электрической оси сердца. Вертикальная электрическая позиция сердца. Ритм синусовый с ЧСС 150 в минуту. Нерезкие изменения в миокарде желудочков.

58. ЭКГ № 1091 от 08.05.19: Резкое отклонение вправо электрической оси сердца. Вертикальная электрическая позиция сердца. Ритм синусовый с ЧСС 100 в минуту. Уменьшились изменения в миокарде предсердий, S-тип гипертрофии правого желудочка.

59. ЭЭГ № 708 от 08.05.19: По сравнению с ЭЭГ от 03.2019 без существенной динамики. Фоновая ритмика замедлена, представлена в основном высокоамплитудными нерегулярными волнами тета-дельта-диапазона. Зональные различия сглажены. В структуре медленных волн прослеживаются периодические медленные эпилептиформные разряды с переменной амплитудной акцентуацией, некоторым преобладанием слева в теменно-затылочном отделе. При фотостимуляции усвоения ритма и фотопароксизмального ответа нет.

60. Консультация иммунолога от 27.05.19: У ребенка с течением аутоиммунного энцефалита с антителами к NMDA-рецепторам 1:160 при обследовании АТ-к ЦМВ, ВЭБ, ВПГ – IgG в высоком титре. В отделении ребенок получает противосудорожную терапию, профилактическую противомикробную терапию с учётом чувствительности, симптоматическую терапию. С учётом отсутствия активности герпесвирусной инфекции терапия противовирусными препаратами (ацикловир и его производные) в настоящее время не показана. С учётом аутоиммунного процесса терапия иммуностимулирующими препаратами противопоказана.

В ОРИТ ребенок получил: антибактериальная терапия (цефтриаксон, амикацин, меропенем, ванкомицин), противовирусная терапия (ацикловир в/в), противосудорожная терапия (депакин хроно, тиопентал натрия, сибазон), антигипертензивная терапия (нифедипин), солумедрол 500мг №10, нейрометаболическая терапия (цитофлавин), коррекция электролитных нарушений (гипертонический раствор NaCl 10%с 20.12.19, KCl 7,5%), инфузионная терапия. ВВИГ (30 гр курсовая доза).

В психоневрологическом отделении ребенок получал: гепарин в/в микроструйно, стерофундин в/в капельно, дженем в/в капельно, нексиум в/в капельно, флуконазол в/в капельно, парацетамол в/в, сибазон в/в, преднизолон внутрь.

В настоящее время получает 10 % NaCl 100мл в/в, омепразол 20 мг внутрь, анаприлин 20мг x 3 раза в день внутрь, амлодипин 5мг, спиронолактон 25мг x 2 раза в день, карбамазепин 350мг в сутки, депакин хроносфера по 1200мг в сутки.

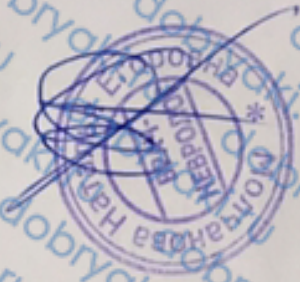
На фоне терапии состояние ребенка остается тяжелым, но стабильным.

В неврологическом статусе от 30.05.2019г: вес 31,5кг, рост 140см. Сохраняется неврологический дефицит, обусловленный апаретическим синдромом, тетраплегией, псевдобульбарными нарушениями, утерей приобретенных навыков – кормится через зонд (может самостоятельно проглотить несколько ложек пюреобразной еды), дыхание через трахеостому – адекватное (самостоятельно может дышать до 16 часов). Судорог нет. За предметом не следит, голову поворачивает, двигательной активность в правых конечностях. Голова симметричной формы. Мышечный тонус повышен в дистальных отделах конечностей, в аксиальной группе мышц снижен. Пассивные движения в конечностях не затруднены. Сухожильные рефлексы живые.

Патологические знаки Бабинского. Менингеальные рефлексы не вызываются. Ригидности затылочных мышц нет.

В соматическом статусе: аускультативно в легких дыхание проводится с обеих сторон, ИВЛ прекращена 25.02.19. В настоящее время дыхание через трахеостому без подачи уаг кислорода. АД 120/80 мм рт.ст. Температура 36,9/36,5 Сатурация 98-99 %. Рвоты нет, ЧД 36 в мин, ЧСС 100 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Гемодинамика стабильна. Живот мягкий, не вздут. Мочеиспускание свободное. Стул самостоятельно.

Леч врач:
30.05.2019



Н.Е. Молчанова