

Выписка из медицинской карты
стационарного больного № 1952/2-19501/1819501/532
инфекционное отд. / 6 ОРИТ/185
психоневрологическое отд.185
Ребенка Карпачева Савелия Сергеевича 03.10.2011
года рождения, проживающего по адресу: Ростовская
область, Пролетарский район, г. Пролетарск,

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 27.08.2019г. с диагнозом:

Диагноз - Основной : Аутоиммунный энцефалит с антителами к NMDA рецепторам с диффузной кортикосубкортикальной атрофией полушарий мозга, смешанной заместительной гидроцефалией. Апалический синдром. Хроническая гипонатриемия (коррекция гипертоническим раствором натрия)

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

Гипоталамический синдром.

Сколиотическая осанка. Сгибательно-пронационная контрактура левого предплечья. Эквино-вальгусная деформация стоп.

Хронический канюленоситель.

Хронический носитель гастростомы.

Постоянный порт в правой подключичной вене

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

Протоколом консилиума ВК от 18.07.2019г № 4 состояние ребенка определено как паллиативное.

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, элтацин 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-хронсфера 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 ШКГ). 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, СБП 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 операция наложения 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	4
29.05	4,18	97	30,6	212	6,5	76,5	14,9	5,9	1,1	1,6	4
10.06	4,19	98	31,1	236	4,5	49,4	34,0	11,7	3,4	1,5	3

18.06	4,24	99	31,3	225	4,1	52,8	24,8	15,3	6,0	1,1	5
21.06	4,46	100	32,8	225	4,9	65,8	13,8	13,6	5,5	1,3	-
24.06	3,91	90	28,9	296	4,5	78,3	13,4	6,8	0,5	1,0	3
01.07	4,18	98	30,8	288	6,0	58,3	27,5	8,7	3,8	1,7	3
08.07	3,93	91	29,0	232	4,2	46,8	33,1	12,0	6,3	1,8	3
15.07	4,18	97	31,1	230	5,0	56,1	26,4	12,5	3,7	1,3	6
25.07	4,09	97	30,6	264	5,5	62,0	20,0	14,2	2,0	1,8	6
31.07	4,95	110	36,5	241	15,0	65,5	12,6	16,4	2,4	3,1	-
05.08	4,40	103	32,6	310	5,2	52,0	32,1	9,5	4,7	1,7	5
09.08	4,14	100	30,7	258	4,9	51,5	32,0	10,6	4,7	1,2	5
14.08	3,97	94	29,8	200	6,3	69,9	14,0	13,4	1,9	0,8	3
16.08	4,04	96	30,4	204	6,6	64,1	20,0	11,6	2,2	2,1	6
21.08	4,11	98	30,5	194	5,8	53,1	24,6	12,3	9,3	0,7	3
23.08	4,12	96	30,9	320	4,6	49,8	30,5	7,5	11,0	1,2	3

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	-	-	-	-	-	-	-
07.06	1015	8,5	желт	-	-	-	-	-	-	-

4. Биохимия крови

дата	20. 12	25. 12	26. 12	29. 12	30. 12	2.0 1	12.0 1	15.0 1	23.0 1	5.0 2	19.0 2	26. 02	4.0 3	
об. белок	71	67		65	65	62	56			76	61		64	г/л
ЩФ														Ед/л
альбумин	46, 1			37, 6							33,6		35	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	Ед/л
АЛТ	9	4		0			9				3		6	Ед/л
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 1	22,3 1	21,5 8	14,0	9,5 6	52,8 5	40, 29		мг/л
дата	11. 03. 19г	18. 03. 19г	25. 03. 19г	01. 04. 19г	08. 04. 19г	23. 04. 19г	29.0 4.19 г	30.0 4.19 г	13.0 5.19 г	24. 05. 19г	290 5.1 9	10 06. 19	18. 06. 19	
общ.	65	67	70	66	60	77	70,7	69,5	65,8	70				г/л

белок		9	1	1		8				0					
ЩФ															Ед\л
альбумин					33, 6	43, 2			42,1						г/л
мочевина	2,8	2,1	2,0	1,5	1,9	1,8	1,6	1,2	1,5	2,2					ммол ь/л
Билир. Общ.	4,3	3,0	3,8	5,1	2,9	4,5	3,7	3,7	4,9	4,2					мкмо ль/л
АСТ	14	6,7	6,2	8,8	15	9,5	7,0	7,5	7,0	0,6					Ед/л
АЛТ	4	8,9	11, 8	12, 7	10	19, 5	17,2	15,8	11,7	3,1					Ед/л
креатини н	34	32	37	29	31	34	28	26	36	27					мкмо ль/л
глюкоза	4,9	6,1	5,5		6,2	5,0	5,3	5,0	5,9	5,8					ммол ь/л
Прокальц итонин															нг\м л
СРБ	3,2 1	0,1	0,2	10, 1	74, 75	3,7	2,4	1,7	3,7	0,5	5,01	0,4 8	2,2 9		мг/л
железо	4,3	2,9		6,3	2,4	6,0	4,1	4,4	4,6	6,4	6,5				ммол ь/л
фосфор	1,4 2	1,5 5		1,3 9	1,2 3	1,6 2	1,54	1,60	1,56	1,4 8					ммол ь/л
кальций	2,1 5	2,2 4		2,2 7	2,1 3	2,5 8	2,43	2,41	2,20	2,5 3					ммол ь/л
дата	01. 07. 19	08. 07. 19	25. 07. 19	05. 08. 19	14. 08. 19	23. 08. 19									
общ. белок			67, 0	66, 3	61, 4	61, 1	70,7	69,5	65,8	70, 0					г/л
ЩФ															Ед\л
альбумин									42,1						г/л
мочевина			2,3	2,2	2,5	2,6	1,6	1,2	1,5	2,2					ммол ь/л
Билир. Общ.			67, 0	4,0	4,2	3,3	3,7	3,7	4,9	4,2					мкмо ль/л
АСТ			29, 3	16, 7	5,8	8,7	7,0	7,5	7,0	0,6					Ед/л
АЛТ			21, 3	17, 6	13, 9	13, 7	17,2	15,8	11,7	3,1					Ед/л
креатини н			31	46	42	46	28	26	36	27					мкмо ль/л
глюкоза			6,7	6,5	5,3	7,4	5,3	5,0	5,9	5,8					ммол ь/л
Прокальц итонин															нг\м л
СРБ	0,9	0,2	14, 3	0,1	1,9	0,1	2,4	1,7	3,7	0,5	5,01	0,4 8	2,2 9		мг/л
железо			3,9	-			4,1	4,4	4,6	6,4	6,5				ммол ь/л
фосфор			1,4 3	1,4 3	1,2 8	1,4 2	1,54	1,60	1,56	1,4 8					ммол ь/л
кальций			2,4 0	2,4 1	2,2 8	2,4 6	2,43	2,41	2,20	2,5 3					ммол ь/л

5. КЩС, электролиты

дата	pH	Na+	K+	глюкоза	Лас	Hct	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	34,1	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	1,0	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	26,1
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	11,8
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
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	0,1
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
06.06	7,38	130	4,0	5,3	1,2	32	24,8	-0,3	-0,4
18.06	7,38	129	3,7	6,0	1,4	30	21,9	-2,8	-2,9
29.06	7,37	128	4,1	4,7	1,6	34	26,0	1,5	0,4
07.07	7,42	124	4,2	8,3	3,1	32	24,6	0,2	0,2
14.07	7,42	124	4,5	6,7	2,1	34	24,0	-0,4	-0,3
21.07	7,48	127	3,7	4,2	1,8	25	21,6	-1,8	-1,5
29.07	7,43	133	3,5	5,3	1,0	32	25,2	0,8	0,9
05.08	7,38	124	4,2	5,1	4,2	34	24,3	-0,4	-0,8
10.08	7,42	135	2,2	3,1	0,6	17	14,3	-9,5	-9,4
16.08	7,42	121	4,0	5,9	1,3	33	24,0	-0,2	-0,3
21.08	7,39	113	4,6	4,8	1,3	33	23,6	-1,1	-1,2
25.08	7,44	123	4,5	4,8	0,9	32	25,1	1,0	1,0

6. Катетер на стерильность от 26.12.18 – выделен *S.epidermidis* 10^3 , чувствительный к оксациллину, цефокситину, ампициллину, ванкомицину, клиндамицину, тетрациклину, эритромицину, гентамицину.
7. Мазок из зева, носа от 21.12.18 – выделен *S.aureus* 10^4 , *Candidaalbicans* 10^1 , 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* 10^3
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	бело к г/л	глюкозаммоль/ л	хлоридыммоль/ л	цитоз10 ⁶ / л	нейтрофил ы %	лимфоцит ы %
25.12	0,7	0,3	5,1	113	5,3		

16. Гемостазиограмма :

Исследование	Референтное н-е	20.12	22.12	25.12	30.12	2.01	4.01	20.02	23.02	26.02
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		
АТЗ	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	29.05	10.06	18.06
Протромбиновое время	9,8–13,2 сек		10,4		10,2	10,9	10,6	11,7	12,1	11,4
ПТИ	73,8–110%		103,0		107,4	93,1	98,9	79,9	74,3	84,5
МНО	0,84–1,26		1,03		1,01	1,08	1,05	1,16	1,20	1,13
АЧТВ	28,0–37,8 сек	37,0	36,9	35,3	38,1	38,8	64,8	44,7	38,1	33,2
Фибриноген	2,2–3,2 г/л		2,2		1,9	1,9	1,6	1,8	1,5	1,8
Тромбиновое время	15,6–23,4 сек		17,8	20,1	21,1	20,0	нет коаг.	22,2	22,9	16,0
АТЗ	90–130 % (6–11 лет)		112,5		103,8	95,5	107,1	101,4	-	99,0
D - димер	<0,55 мг/л		1,46	0,57	0,40	0,57	0,42	0,39	-	0,55
Исследование	Референтное зн-е	01.07	15.07	25.07	31.07	05.08				
Протромбиновое время	9,8–13,2 сек	11,9	11,3	11,6	11,0	10,7	10,6	11,7	12,1	11,4
ПТИ	73,8–110%	77,0	86,1	81,4	91,3	96,9	98,9	79,9	74,3	84,5
МНО	0,84–1,26	1,18	1,12	1,15	1,09	1,06	1,05	1,16	1,20	1,13
АЧТВ	28,0–37,8 сек	41,5	41,6	34,6	34,7	36,0	64,8	44,7	38,1	33,2
Фибриноген	2,2–3,2 г/л	1,0	1,5	2,3	1,9	2,0	1,6	1,8	1,5	1,8
Тромбиновое время	15,6–23,4 сек	32,1	25,3	15,5	2,1	19,0	нет коаг.	22,2	22,9	16,0
АТЗ	90–130 % (6–11 лет)	92,2	101,4	99,7	112,0	105,5	107,1	101,4	-	99,0
D - димер	<0,55 мг/л	0,22	0,17	1,20	0,88	0,32	0,42	0,39	-	0,55

17. ПЦР крови (25.12.18):

Cytomegalovirus	Не выявлен
HerpesSV 1-2 типа	Не выявлен
VirusGH 6	Не выявлен

Epstein-Barrvirus	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.

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 Трахеостома. 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 трахеостома. 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 15.08.19: СКТ признаки бронхита, локальных фиброзных изменений в S10 нижней доли левого лёгкого на фоне множественных артефактов.

СКТ органов грудной клетки от 15.08.19: СКТ признаки бронхита, локальных фиброзных изменений в S10 нижней доли левого лёгкого на фоне множественных артефактов.

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 легкиз, плеврит.

23. МРТ головного мозга, ангиография от 29.12.18 – МР-признаки множественных зон измененного МР-сигнала правого полушариямозга (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 гипертрофияслизистой 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 расширены (на уровне тел до 13 мм). Перивентрикулярно – зону глиоза. Ретроцереbellарно 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, интракранеальный 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 поражению – энцефалит. МР признаки умеренно диффузной кортикосубкортикальной атрофии полушарий мозга. Признаки максиллита, сфеноидита, 2-хстороннего 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 зону 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 расширены (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. Ретроцереbellарно

определяется киста размерами 22,0х14,3мм. 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. 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 22,0х14,3мм. 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. 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.

ЭЭГ от 15.03.2019г: во время исследования ребенок 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.

24. УЗИ сердца от 20.12.18: Гипертрофия миокарда ЛЖ. Синусовая тахикардия. Сократительная способность миокарда ЛЖ не нарушена. ФВ 70%.

От 22.12.18 - Сократительная функция ЛЖ изменена по гиперкинетическому типу. Выраженная тахикардия на момент осмотра. Выпота в полость перикарда не визуализируется. ФВ 80%.

От 26.12.18 – признаки диастолической дисфункции ЛЖ по I типу на фоне тахикардии. За ЗСЛЖ и в области верхушки сердца лоцируется свободная жидкость до 6,0мм.

От 03.04.2019г – гипертрофия миокарда ЛЖ. Незначительная дилатация кольца аорты. ПМК I степени с регургитацией I степени. Сократительная способность миокарда ЛЖ не нарушена. Тахикардия.

25. УЗИ брюшной полости от 21.12.18 – гепатоспленомегалия, диффузные изменения в печени и селезенке. Признаки билиарной гипертензии. Перегиб тела желчного пузыря. Синдром гиперэхогенных включений в селезенке (кальцинаты?). Нельзя исключить мелкие кальцификаты в ЧЛС обеих почек.

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

26. Консультация генетика от 28.01.19: из анамнеза: острое начало (абсансный статус и шаткость, кома, отек среднего мозга, неустойчивый уровень калия, натрия, полиурия, периодическая гипергликемия), данные объективного и дополнительного обследования не дают в настоящее время возможность исключить НБО.

27. Консультация зав.кафедрой неврологии и нейрохирургии РостГМУ № 2 к.м.н. Черниковой И.В. : Острый рассеянный энцефаломиелит, энцефалитическая форма; Осложнение: Судорожный синдром с развитием вторично-генерализованных тонико-клонических приступов, гипоталамический синдром, кома I.

1.02.2019г. проведена ЭЭГ с целью исключения бессудорожного эпилептического статуса, выявлена - ЭЭГ от 1.02.19 № 162: при закрытых глазах регистрируются выраженные диффузные изменения в виде полиморфной кривой с доминирующей частотой дельта, тета диапазона и редукцией альфаритма в виде локальных всплесков высокоамплитудных до 380 мкВ, заостренных тета волн, в левой лобно-центрально-теменной области с нерегулярным распространением на все отведения с левого полушария и контрлатерально в виде билатерально- синхронных всплесков, на фоне которых прослеживаются комплексы острая-медленная волна частотой 1,5 Гц

28. Бронхоскопия от 26.02.19: катарально-слизисто-гнойный двухсторонний эндобронхит.

29. Консультация сердечно-сосудистого хирурга РОКБ – венозный окклюзирующий тромбоз посткатетерный без флотации, ХВН I.

30. Концентрация вальпроевой кислоты в крови от 04.04.19: 92,20 мкг/мл.

31. Концентрация вальпроевой кислоты в крови от 23.05.19: 92,26 мкг/мл.

32. Анализ мочи по Зимницкому от 13.05.19:

Время	Количество	Удельный вес	Время	Количество	Удельный вес
6-9 ч.	140,0	1012	18-21 ч.	400,0	1010
9-12 ч.	200,0	1012	21-24 ч.	250,0	1010
12-15 ч.	500,0	1010	24-3 ч.	300,0	1010
15-18 ч.	500,0	1010	3-6 ч.	400,0	1012

Дневной диурез 1340,0 мл. Ночной энурез 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. urealiticum + 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 канюленоситель. 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 канюленоситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное.

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

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. Воротник 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 ДЦП 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. Тьютор безнагрузочные на голеностопные суставы на дневной и ночной сон. Кистедержатель. Осмотр через 6 мес.

41. ПЦР исследование крови (качественный метод) от 17.05.19: 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. urealiticum + 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:

Наименование показателя	Единицы измерения	17.05.19
Лейкоциты	$10^9/\text{л}$	4,8
Лимфоциты	%	25
CD45+ CD3+	%	80
CD45+ CD3+	$10^9/\text{л}$	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+	$10^9/\text{л}$	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, ВПГ от 16.05.19: К ЦМВ: Ig G- 3,09 (0,24), ИА 99%, Ig M- 0,0 (0,4). К ВПГ: 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 отечны, 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 канюленоситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное.
- 52. Консультация сосудистого хирурга от 29.04.19:** В динамике отмечен положительный эффект. Рекомендовано: Продолжить проводимую терапию. Повторная консультация в динамике.
- 53. Консультация сосудистого хирурга от 15.05.19:** Заключение: Посттромбофлебитный синдром вен левой конечности в стадии частичной реканализации. ХВН I. В периоде наблюдения отмечена положительная динамика в виде частичного растворения тромбов, восстановления кровотока. Рекомендовано: Эластичное бинтование нижних конечностей. НМГ (гемопаксан) 40 мг 1 раз в сутки. Контроль АЧТВ. УЗДГ в динамике.
- 54. УЗИ вен нижних конечностей от 19.04.19:** Признаки тромбоза наружной подвздошной вены, общей бедренной вены, подколенной вены, задних вен голени слева без признаков флотации.
- 55. УЗИ вен нижних конечностей от 12.04.19:** Признаки тромбоза наружной подвздошной вены, общей бедренной вены, подколенной вены, задних вен голени слева без признаков флотации. Отсутствие динамики от УЗИ 08.04.19.
- 56. ЭЭГ № 306 от 15.03.19:** 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).
- 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 высокочастотными 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 ребёнка с течением аутоиммунного энцефалита с антителами к NMDA-рецепторам 1:160 при обследовании АТ к ЦМВ, ВЭБ, ВПГ – IgG в высоком титре. В отделении ребёнок 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.
- 61. Мазок из носа от 05.04.19** – выделен *S. aureus* 10⁶, *E. paecolis* 10⁵, *K. pneumoniae* 10³.
- 62. Мазок из зева от 05.04.19** – выделен *S. aureus* 10⁵, *E. paecolis* 10⁵, *Pseudomonas spp.* 10³, *Candida albicans* 10⁵.
- 63. Анализ крови на стерильность от 05.04.19** – посев стерил.
- 64. ЭКГ № 3790 от 10.06.19:** Резкое отклонение вправо электрической оси сердца. Вертикальная электрическая позиция сердца. Ритм синусовый с ЧСС 100-85 в минуту. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
- 65. ЭЭГ № 940 от 11.06.19:** По сравнению с ЭЭГ от 05.2019 без отрицательной динамики. Фоновая ритмика замедлена, представлена в основном волнами тета- и дельта-диапазона. При фотостимуляции усвоения ритма и фотопароксизмального ответа нет. Диффузные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга, на фоне которых прослеживаются редкие эпилептиформные разряды в левой лобной области.

ЭЭГ от 23.08.2019г: корковая ритмика диффузно замедлена, представлена преимущественно волнами тета-дельта диапазона в структуре которых в правой лобной области регистрируются периодические латерализованные эпилептиформные разряды.

66. **Консультация ЛОР от 05.04.19:** Диагноз: Канюленоситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное.
67. **УЗИ вен нижних конечностей от 08.04.19:** Признаки тромбоза наружной подвздошной вены, общей бедренной вены, подколенной вены, задних вен голени слева без признаков флотации.
68. **Триплексное сканирование вен нижних конечностей от 25.04.19:** В сравнении с УЗИ от 19.04.19 отмечается положительная динамика. Пристеночно лоцируются гиперэхогенные тромботические массы в стадии реканализации. Фрагментарно в режиме УДИ отмечается кровоток. При компрессии датчиком вены спадаются не полностью.
69. **Консультация гематолога от 14.05.19:** Диагноз: тот же. Рекомендовано: Продолжить лечение в прежнем объеме. Контроль через 2 недели.
70. **Триплексное сканирование вен нижних конечностей от 15.05.19:** 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: Ствол не расширен, в устье лоцируются гиперэхогенные тромботические массы в стадии реканализации. При компрессии датчиком спадается не полностью. В режиме ЦДК прослеживается кровоток. Малая подкожная вена: Ствол не расширен, проходим на всем протяжении, при компрессии датчиком спадается полностью, при проведении проб недостаточности оstialного клапана и клапанов ствола МПВ не выявлено. Заключение: УЗ признаки тромбоза вен нижних конечностей слева в стадии реканализации.
71. **Консультация инфекциониста от 30.05.19:** Диагноз: Обструктивный бронхит. Рекомендовано: Ингаляции с беродуалом 8 капель + 2,0 р-ра NaCl 0,9% 3 раза в день. АЦЦ в возрастных дозах. Антибактериальная терапия в зависимости от результатов СКТ и по анализам крови, СРБ. Консультация пульмонолога.
72. **Триплексное сканирование вен нижних конечностей от 30.05.19:** Глубокие вены слева: В 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: Ствол не расширен. При компрессии датчиком спадается полностью. В режиме ЦДК прослеживается кровоток. Малая подкожная вена: Ствол незначительно расширен, проходим на всем протяжении, при компрессии датчиком спадается полностью. Заключение: УЗ признаки тромбоза вен нижних конечностей слева в стадии реканализации.
73. **СКТ органов грудной клетки от 30.05.19** - усиление и деформации (в прикорневых отделах) бронхо-сосудистого рисунка. В нижних долях лёгких определяются участки уплотнения линейной формы (фиброзные тяжи). Уплотнение междолевых щелей. Средостение структурно, не смещено, в трахее трахеостома. 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 нижних долях лёгких.
74. **Консультация нефролога от 31.05.19:** У ребёнка с апаллическим синдромом при исследовании в анализе крови отмечается снижение показателей натрия до 124, при этом показатели мочевины, креатинина крови без патологии, анализы мочи без патологии. Снижение показателей натрия в крови в настоящем связано с основным заболеванием. Рекомендовано: введение натрия в виде р-ра NaCl 0,9% перорально.
75. **Консультация гематолога от 05.06.19:** Диагноз: Железодефицитная анемия средней степени. Рекомендовано: Феррум лек, мальтофер сироп по 100 мг в день 3 мес. Контроль ОАК в динамике. Сывороточное железо через 1 мес.
76. **СРБ от 21.06.19:** 1,18 мг/л (норма 0,0-5,0 мг/л).
77. **СРБ от 24.06.19:** 5,5 мг/л (норма 0,0-5,0 мг/л).
78. **Консультация гематолога от 21.06.19:** Диагноз: Состояние после тромбоза вен нижних конечностей. Железодефицитная анемия. Рекомендовано: Продолжить лечение анемии. Тромбо-АСС по 25 мг в день 1,5 мес. Контроль ОАК+тромбоциты в динамике. Контроль гемостазиограммы через 1,5 мес. с последующим решением вопроса об отмене Тромбо-АСС по согласованию с сосудистым хирургом.
79. **Триплексное сканирование вен нижних конечностей от 19.06.19:** Глубокие вены слева: В устье общей бедренной вены пристеночно лоцируются гиперэхогенные тромботические массы в

стадии реканализации. В режиме ЦДК прослеживается кровоток. Поверхностная бедренная вена, подколенная вена, глубокие вены голени не расширены, проходимы на всём доступном визуализации участке, при компрессии датчиком спадаются полностью, кровоток прослеживается на всём протяжении. Поверхностные вены слева: Большая подкожная вена: Ствол не расширен, проходим на всём протяжении, при компрессии датчиком спадается полностью. При проведении проб недостаточности остиального клапана и клапанов ствола БПВ не выявлено. Малая подкожная вена: Ствол не расширен, проходим на всем протяжении, при компрессии датчиком спадается полностью. При проведении проб недостаточности остиального клапана и клапанов ствола МПВ не выявлено. Недостаточные перфоранты: слева не выявлено. Лимфостаз: не выявлен. Заключение: УЗ признаки тромбоза общей бедренной вены в стадии реканализации.

80. Консультация инфекциониста от 24.06.19: Диагноз: Синдром прорезывания зубов? Рекомендовано: ОАК, СРБ в динамике повторить. Консультация ЛОР.

81. Консультация ЛОР от 26.06.19: Диагноз: Хронический канюлоноситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное. Отмечается дыхание через верхние дыхательные пути при закрытой фенестрированной трахеостомической трубке до 7 часов. Рекомендовано: Наблюдение в динамике. Тренировка дыхания через верхние дыхательные пути с целью дальнейшей деканюляции.

82. Кровь на стерильность от 10.07.19: посев стерил.

83. Концентрация вальпроевой кислоты в крови от 30.07.19: 139,02 мкг/мл.

84. Иммуногематологическое исследование от 23.07.19: Группа крови – В (III) Rh+. Скрининг-тест с эритроцитами (непрямая проба Кумбса): антител PI, PII, PIII, PIV нет. Фенотип антигенов: C+, c+, E-, e+, Kell+, Cw-. Иммуные антитела не обнаружены.

85. Уровень кортизола в крови от 16.07.19: 8,96 мкг/дл (норма 2,20-12,80 мкг/дл).

86. Уровень кортизола в крови от 16.07.19: 15,05 мкг/дл (норма 2,20-12,80 мкг/дл), уровень ТТГ – 2,015 ЕД/л (норма 0,400-5,000), уровень FT4 – 0,74 нг/дл (норма 0,61-1,63 нг/дл), уровень RRL – 24,67 нг/мл (норма 3,21- 18,46 нг/мл).

87. Уровень АКТГ в крови от 16.07.19: 22,40 пг/мл (норма менее 46,00 пг/мл).

88. ЭКГ № 4378 от 01.07.19: Резкое отклонение вправо электрической оси сердца. Вертикальная электрическая позиция сердца. Ритм синусовый с ЧСС 109 в минуту. S-тип гипертрофии правого желудочка.

89. Триплексное сканирование вен нижних конечностей от 28.06.19: УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей не выявлено. Дилатация поверхностной бедренной вены в верхней трети бедра слева.

90. Консультация эндокринолога от 03.07.19: Для исключения вторичной надпочечниковой недостаточности на фоне основного заболевания рекомендовано: Кровь на кортизол, АКТГ, ТТГ. Консультация генетика. Осмотр по результатам обследования.

91. Консультация эндокринолога от 04.07.19: Необходимо исключить патологию надпочечников: кортизол, АКТГ, альдостерон, а также пролактин, ТТГ крови, Т4 св, затем повторная консультация эндокринолога.

92. СКТ ОГК № 3787 от 04.07.19: Усиление и деформация в прикорневых отделах бронхо-сосудистого рисунка. В нижних долях лёгких (S9 справа, S10 слева) определяются участки уплотнения линейной формы (фиброзные тяжи). Уплотнение междольковых щелей. Уплотнение и неровность контуров костальной плевры. Средостение структурно, не смещено, в трахее трахеостома. В верхней полой вене визуализируется катетер. Бронхи 1-3 порядка с обеих сторон сужены, проходимы, их стенки не уплотнены. Диафрагма расположена обычно, контуры её ровные, чёткие. Плевральные полости без особенностей. Лимфатические узлы не увеличены. Мягкие ткани, костные структуры грудной клетки не изменены. Заключение: КТ признаки хронического бронхита, фиброзных изменений в нижних долях лёгких.

93. Консультация офтальмолога от 10.07.19: Диагноз: Ангионевропатия сетчатки обоих глаз. Рекомендовано: Лечение основного заболевания.

94. Уровень антител к НМДА рецептору от 04.07.19: менее 1:10 (норма менее 1:10).

95. Триплексное сканирование вен нижних конечностей от 24.07.19: УЗ признаки тромбоза общей бедренной вены в стадии реканализации.

96. Консультация эндокринолога от 24.07.19: Нарушение центральных механизмов регуляции электролитного обмена.

97. Консультация инфекциониста от 05.07.19: Диагноз: Обструктивный бронхит.

98. СКТ ОГК № 4191 от 25.07.19: Лёгочные поля симметричны. В S9 нижней доли правого лёгкого определяется локальная зона субплеврального фиброза. Очаговых и инфильтративных изменений в лёгких не определяется. Лёгочный рисунок за счёт сосудистого компонента обогащён и незначительно усилен на всём протяжении с обеих сторон с признаками пневматизации лёгочной ткани по типу «матового стекла». Уплотнение междолевых щелей. Просвет трахеи проходим. Крупные бронхи проходимы, бронхи 2-3 порядка проходимы, стенки их утолщены, просветы несколько сужены. Внутригрудные, над- и подключичные, подмышечные лимфоузлы не увеличены. В плевральных полостях жидкость не визуализируется. Органы и структуры средостения дифференцированы, не смещены. Сердце, аорта без особенностей. Мягкие ткани грудной клетки не изменены, костная структура без особенностей. Заключение: СКТ признаки бронхита, инородного тела в дыхательных путях не определяется.

99. Консультация ортопеда от 09.07.19: Диагноз: Сколиотическая осанка. Сгибательно-пронационная контрактура левого предплечья. Эквино-вальгусная деформация стоп. Нейрогенная дисплазия ТБС?

100. Рентгенография костей таза в прямой проекции от 30.07.19: Костная ткань несколько разрежена. Крыши вертлужных впадин сформированы правильно, с достаточно чёткими ровными контурами, головки бедренных костей обычной формы, величины, суставные щели не сужены. Головок бедренных костей визуализируются во внутреннем, наружном квадранте. Ацетабулярные индексы справа 7, слева 8. ШДУ Справа 162, слева 150. Линии Шентона плавные с двух сторон. Костно-деструктивных и травматических изменений не выявлено.

101. Консультация ортопеда от 01.08.19: Диагноз: Сколиотическая осанка. Сгибательно-пронационная контрактура левого предплечья. Эквино-вальгусная деформация стоп.

102. Консультация ЛОР от 05.07.19: Диагноз: Хронический канюленоситель. Дыхание через трахеостомическую трубку адекватное.

103. Консультация ЧЛХ от 06.08.19: Диагноз: Физиологическая смена 54 зуба.

104. Консультация сердечно-сосудистого хирурга РОКБ от 07.08.19: ПТФС левой нижней конечности, ХВН I. Постоянный порт в правой подключичной вене. Функция порта в норме, функция свёртывающей системы адекватная. Фоновая антикоагулянтная терапия в настоящее время не показана.

105. Консультация окулиста от 22.08.19: Диагноз: Ангионевропатия сетчатки обоих глаз. Рекомендовано: Слезозаместительная терапия: вид-комод, стилавит, артелак-всплеск, визмед 0,18%.

106. УЗИ вен верхней конечности от 16.08.19: Вены верхней конечности слева проходимы на всём протяжении, спадаются при компрессии датчиком, характер кровотока ламинарный.

107. Консультация инфекциониста от 15.08.19: Диагноз: Субфебрилитет у хронического канюленосителя. Рекомендовано: СКТ грудной клетки. Антитела к аспергиллёзу. Повторно после СКТ: АБ-терапия в настоящее время не показана.

108. Консультация инфекциониста от 14.08.19: Диагноз: Инсектная аллергия. Данных за инфекционную экзантему нет.

109. Уровень альдостерона сидя в крови от 16.07.19: 42,7 пг/мл (норма менее 199 пг/мл).

110. Общий анализ мочи от 15.08.19 без воспалительных изменений.

111. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов В и С от 17.07.19: отрицательно.

Лечение: Метилпреднизолон в/в и внутрь, солумедрол, ВВИГ в/в, антибактериальная терапия в/в (цефепим, сульперазон, цефтриаксон, амикацин, меропенем, ванкомицин, дженем, хемомицин), противовирусная терапия в/в (ацикловир), флуконазол в/в капельно, противосудорожная терапия (депакин хроно, карбамазепин, тиопентал натрия в/в, сибазон в/в), антигипертензивная терапия (нифедипин, анаприлин, амлодипин, спиронолактон, эгилон), нейрометаболическая терапия (цитоплавин), коррекция электролитных нарушений (стерофундин, гипертонический раствор NaCl 10%, KCl 7,5%, MgSO4 25%), некسيوم в/в, парацетамол в/в, гепарин в/в, эниксум п/к, гемапаксан п/к, порталек, феррум-лек.

На фоне терапии состояние ребенка остается тяжелым, но стабильным.

У ребенка стоит постоянный порт в правой подключичной вене

В неврологическом статусе от 25.08.2019г: вес 31,5кг, рост 140см. Сохраняется неврологический дефицит, обусловленный апалическим синдромом, тетрапарезом, псевдобульбарными нарушениями, утерей приобретенных навыков – кормится через гастростому, дыхание через трахеостому – адекватное. Судорог нет. За предметом не следит, голову поворачивает, двигательная активность в правых конечностях, в левых отсутствует. 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 увл. кислорода. АД 120/80 мм рт ст. Температура 36,9/37,6 Сатурация 95-99 %. Рвоты нет. ЧД 32 в мин, ЧСС 100 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Гемодинамика стабильна. Живот мягкий, не вздут. Мочеиспускание свободное. Стул самостоятельно.

Ребенку неоднократно проводились телемедицинские консультации с врачами – специалистами отделения психоневрологии № 1 РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России - Пилюя Сергей Варденович, Волкова Эльвира Юрьевна – диагноз по результатам консультации: аутоиммунный энцефалит, в антителах к NMDA – рецепторам Ig G

Протоколом консилиума ВК от 18.07.2019г № 4 состояние ребенка определено как паллиативное.

02.08.2019г проведена установка центрального сосудистого порта.

Родителями принято решение транспортировать ребенка для прохождения дальнейшей реабилитации в институт Гуттманн г. Бадалона в Испанию.

Рекомендовано продолжить терапию – депакин-хроносфера по 600мг х 2 раза в день с 12 часовым интервалом длительно регулярно; карбамазепин по 200мг х 2 раза в день с 12 часовым интервалом длительно регулярно; амлодипин 5 мг по 1 табл в 10.00 длительно регулярно; верошпирон 25мг по 1 табл х 2 раза в день регулярно; эгилон 25 мг по 1/2табл х 2 раза в день длительно, регулярно; в/в микроструйно 10% р-р натрия хлорид 150 мл (10мл в час) под контролем содержания натрия; мальтофер 40 капель в день в течении 3 месяцев.

Уход за кожей вокруг гастростомы.

После в/в введения растворов в центральный порт промывать 10 мл физ. раствора, а затем ставить гепариновый замок 3 мл, менять иглу каждые 7 дней.

Наблюдение невролога, педиатра по м/ж.

Динамика КИЦС ежедневно.

Стационарное лечение в ЦРБ г. Пролетарска, Сальска.

Леч врач:
Зав отделением

27.08.2019

Н.Е. Молчанова
Е.Н. Бочкова Е.Н.

№ истории: 25182 ИМЯ: САВЕЛИЙ
ФАМИЛИЯ: КАРПАЧЕВ
ДАТА РОЖДЕНИЯ: 03 /10 /20 11 ВОЗРАСТ: 8
347540 - ПРОЛЕТАРСК, РОССИЯ ПОЛ: М

Бадалона, 08 октября 2019

Пациент в возрасте 8 лет с неврологическим поражением вторичным энцефалиту, возможно аутоиммунной этиологии, с дебютом в декабре 2018.

24/08/19 поступил в наш центр для проведения нейрореабилитации.

Продолжает терапию посредством физиотерапии, трудотерапии, нейросенсорной стимуляции и логопедии с медленным, но благоприятным восстановлением на уровне:

- Достигнута клиническая стабильность состояния, купированы эпизоды температуры и сбалансирована гипонатриемия.
- Улучшен уровень реакции. Поддерживается уровень минимального сознания, но с улучшением уровня взаимоотношения с окружающим миром.

Необходимо продолжить

- Программу нейрореабилитации по интеграции для улучшения целей, установленных во время госпитализации
- Продолжить подбор и корректировку фармакологического лечения для клинической стабильности
- Провести оценку глотательной функции с дальнейшей возможностью интеграции перорального питания.
- Провести дополнительные обследования для определения этиологии миелита и назначения возможного адекватного фармакологического лечения.

Учитывая вышеуказанное рекомендуется продолжить госпитализацию еще на около 8 недель.

С наилучшими пожеланиями

Д-р Даниэль Леон Гонсалес
Ведущий врач специалист
№ лицензии: 36434

Бадалона, 9 октября 2019г.

По месту требования,

По просьбе родителей и с их разрешения настоящим письмом сообщаем, что пациент Савелий Карпачев, родом из Российской Федерации, с датой рождения 03/10/2011 паспорт 7613893, проходит лечение в нашем госпитале с 27/08/ 2019.

На сегодняшний день, у пациента по-прежнему наблюдаются серьезные проблемы с подвижностью, но его развитие является благоприятным и ожидается еще большее улучшение его состояние во многих отношениях.

Учитывая вышеуказанное, пациенту Савелию Карпачеву рекомендуется продолжить интенсивную реабилитацию в нашем центре, как минимум еще на два месяца, по индивидуальной программе и с применением новейших технологий, которые мы можем предложить в Институте Гутtmанн.

Заранее благодарим за вашу помощь и понимание.

Институт Гутtmанн
Госпиталь нейрореабилитации