



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ

«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И.
ПИРОГОВА»

ИНН 7728095113 КПП 772845002 ОГРН 1027739054420

обособленное структурное подразделение
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

119571, г. Москва, Ленинский проспект, д. 117 Тел. +7 495 434-1177 Факс +7 495 935-6118 E-mail: clinika@rdkb.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №2 РДКБ
(зав.отд. Степанов А.Э., ординаторская 936-94-45)

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 13837-с.

Пациент: Каштальян Кристина Дмитриевна

Пол: Ж

Дата рождения: 22.01.18

Адрес: Украина, г. Николаев, ул. Встречная, д.27

Поступила: 15.08.2018

Выписана: 29.08.2018

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ (основной): Состояние после оперативного лечения по поводу атрезии тонкой кишки.

Осложнения: Синдром короткой кишки. Сепсис, с высевом *Klebsiella pneumoniae*, на фоне транслокации кишечной флоры. Синдром мальнотриции, мальдигестии, мальабсорбции. Носитель илеостомы. Носитель туннелированного катетера Broviac 4.2 Fr. Витамин Д-дефицитный рахит, подострое течение. Остеопороз.

Сопутствующий: Последствия недоношенности (35 недель). МАРС: открытое овальное окно. Хроническая железодефицитная анемия 1 ст.

АНАМНЕЗ: ребенок от 3 беременности, 3 родов. Пренатально, по данным УЗИ был диагностирован порок развития ЖКТ (атрезия тонкой кишки). Роды на 35 неделе. Масса тела при рождении 2950г. На 2-е сутки с клиникой кишечной непроходимости переведена в ОИТН ОДКЛ.

24.01.2018 – лапаротомия, резекция атрезированных участков кишки, формирование еюностомы, дренирование брюшной полости. При ревизии брюшной полости обнаружен мутноватый выпот, в рану предлежали расширенные петли тощей кишки до 30см, остальная часть кишки была представлена мелкоячеистым образованием 3х3см, спаянным с восходящим отделом толстой кишки. Проведена резекция аномальных участков кишки, сформирована еюностома.

Патогистологическое исследование рудимента тонкой кишки (аплазия), часть толстой кишки (одним блоком): тонкая кишка – округлые лимфоидные образования, фиброзирование подслизистой, гиперплазия межмышечного пространства, нарушение строения поперечного мышечного слоя с очаговым исчезновением его, гемангиома серозы (очаг). Толстая кишка – расширенные лимфоидные образования слизистой (очагово), фиброзирование подслизистой, обширные очаги эктопии слизистой в подслизистый слой, нарушение чередования слоев в мышечной оболочке, гемангиома серозы (очаг), включение межмышечного нервного пространства в поперечный мышечный слой.

Получала комплексную терапию: инфузионная терапия, частичное парентеральное питание, комбинированная антибиотикотерапия (амикацин, тиенам, инванз, цефтриаксон, орнигил), противогрибковая терапия (флюконазол), заместительная терапия (эр. масса, иммуноглобулин), энтеральное кормление (грудное молоко+нутритрон МА). Стома функционирует удовлетворительно. Эпизодов кишечной непроходимости не было.

13.03.2018 впервые госпитализирована в отделение хирургии №2 РДКБ.

Тяжесть состояния при поступлении была обусловлена течением синдрома короткой кишки, нутритивной недостаточностью II степени. Пациенту произведена имплантация туннелированного катетера Broviac, подбор оптимального режима и объема парентеральной нутритивной поддержки без жировых эмульсий ввиду течения TNP ассоциированного стеатогепатита. Отмечалась положительная динамика: хорошая прибавка в весе, энтеральную нагрузку усваивала полностью. После проведенного обследования и лечения выписана домой в стабильном состоянии.

В межгоспитальном периоде отмечались повторные эпизоды подъемов температуры тела до фебрильных значений. Проводился эмпирический подбор антибактериальной и противогрибковой терапии. Последний эпизод – в начале августа 2018г, несмотря на длительную антибактериальную и противогрибковую терапию, полностью стабилизировать состояние не удавалось. Рекомендована госпитализация в отделение хирургии №2 с целью коррекции терапии и возможной замены катетера Broviac.

Жалобы: сниженный аппетит, наличие илеостомы, зависимость от парентерального питания, подъемы температуры тела до фебрильных значений.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ:

Длина тела – 69 см, масса – 7200 г

СОСТОЯНИЕ: тяжелое по заболеванию, стабильное.

КОЖНЫЙ ПОКРОВ: чистый, умеренно влажный, бледного цвета. Склеры и видимые слизистые чистые, влажные.

ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА: выражена удовлетворительно, распределена равномерно. Отеков нет.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ: не пальпируются.

КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА: движения во всех суставах в полном объеме, безболезненные.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА: дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Перкуторно – легочный звук. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД до 26-28 в минуту.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА: область сердца не изменена, границы относительной тупости сердца в пределах возрастных границ, сердечные тоны громкие, с правильным ритмом, выслушивается систолический шум. ЧСС до 107-116 в мин.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ: язык – влажный, чистый. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, доступен глубокой

пальпации во всех отделах, безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Опорожняется по илеостоме. Кишечное отделяемое жидкое, желтого цвета, с примесью смеси, до 450 мл в сутки. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА: область почек не изменена, почки – не пальпируются, пальпация в проекции почек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, половые органы сформированы правильно по женскому типу. Диурез адекватен. Моча желтого цвета. Дополнительно: послеоперационный рубец на брюшной стенке без признаков воспаления. Носитель илеостомы. Илеостомна функционирует. Область вокруг стомы без особенностей, не воспалена. Носитель туннелированного катетера Broviac. Катетер функционирует. Инфузия и эксфузия свободные.

ОБСЛЕДОВАНИЕ:

Анализ крови: 15.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
(HGB) Гемоглобин	102.00	г/л	<<---	120 - 140
(RBC) Эритроциты	3.77	10 ¹² /л	<<---	3.9 - 4.7
(MCH) Ср.содержание гемоглоб. в эритроц.	27.10	pg	<<---	30 - 35
(MCV) Ср. объем эритроцита	78.50	fL	<<---	82 - 100
(MCHC) Ср.содерж.гемоглоб. в эр-те	345.00	г/л	--->>	280 - 320
(RDW) Ширина распр.эр-тов по объему	17.1	%		
(RDW-SD) Ширина распр.эр.абс.зн.	49.00	fL		
(RET%) Ретикулоциты	1.0	%	<<---	2 - 10
(RET#) Ретикулоциты	0.04	10 ¹² /л		
(HCT) Гематокрит	29.6	%	<<---	35 - 41
(PLT) Тромбоциты	22.00	10 ⁹ /л	<<---	180 - 320
(PDW) Ширина распр.тр-тов по объему	----	%		
(MPV) Ср.объем тромбоцита	----	fL		
(PCT) Тромбоцит	----	%		
(P-LCR) Коэффициент больших тромбоцитов	----	%		
(WBC) Лейкоциты	17.93	10 ⁹ /л	---->>	4 - 9
(WBC без нормобластов) Лейкоциты	17.93	10 ⁹ /л		
(NEU%) Нейтрофилы	34.2	%		
(NEU#) Нейтрофилы	6.13	10 ⁹ /л		
(LYM%) Лимфоциты	57.3	%	---->>	19 - 37
(LYM#) Лимфоциты	10.28	10 ⁹ /л	---->>	1.2 - 3
(MONO%) Моноциты	6.0	%	- ---	3 - 11
(MONO#) Моноциты	1.07	10 ⁹ /л	---->>	0.09 - 0.6
(EOS%) Эозинофилы	2.3	%	- ---	0.5 - 5
(EOS#) Эозинофилы	0.42	10 ⁹ /л	---->>	0.02 - 0.3
(BASO%) Базофилы	0.2	%	- ---	0 - 1
(BASO#) Базофилы	0.03	10 ⁹ /л	- ---	0 - 0.065
(NRBC%) Нормобласты	0.1	%		
(NRBC#) Нормобласты	0.01	10 ⁹ /л		
IRF	2.90			
LFR	97.10	%		
MFR	2.70	%		
HFR	0.20	%		
Метамиелоциты нейтрофильные %	1	%		
Метамиелоциты нейтрофильные #	0.18	10 ⁹ /л		
Палочкоядерные нейтрофилы %	8	%		
Палочкоядерные нейтрофилы #	1.43	10 ⁹ /л		
Сегментоядерные нейтрофилы %	23	%		
Сегментоядерные нейтрофилы #	4.12	10 ⁹ /л		
Эозинофилы %	4	%		
Эозинофилы #	0.72	10 ⁹ /л		
Базофилы %	0	%		
Лимфоциты %	59	%		
Лимфоциты #	10.58	10 ⁹ /л		
Моноциты %	5	%		
Моноциты #	0.90	10 ⁹ /л		
СОЭ (Метод Вестергрена)	25	мм/ч	---->>	0 - 20
Тромбоциты по Фонио (о/оо)	7	о/оо		
Тромбоциты по Фонио (#)	26.39	10 ⁹ /л		

Анализ крови: 27.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
(HGB) Гемоглобин	110.00	г/л	<<---	120 - 140
(RBC) Эритроциты	4.08	10 ¹² /л	- ---	3.9 - 4.7
(MCH) Ср.содержание гемоглоб. в эритроц.	27.00	pg	<<---	30 - 35
(MCV) Ср. объем эритроцита	80.40	fL	<<---	82 - 98
(MCHC) Ср.содерж.гемоглоб. в эр-те	335.00	г/л	---->>	280 - 320

(RDW) Ширина распр.эр-тов по объему	16.6	%		
(RDW-SD) Ширина распр.эр.абс.зн.	48.60	fL		
(RET%) Ретикулоциты	3.5	%	- ---	2 - 10
(RET#) Ретикулоциты	0.14	10 ¹² /л		
(HCT) Гематокрит	32.8	%	<<---	37 - 41
(PLT) Тромбоциты	246.00	10 ⁹ /л	- ---	180 - 320
(PDW) Ширина распр.тр-тов по объему	14.0	%		
(MPV) Ср.объем тромбоцита	11.80	fL		
(PCT) Тромбоцит	0.3	%		
(P-LCR) Коэффициент больших тромбоцитов	39.10	%		
(WBC) Лейкоциты	12.06	10 ⁹ /л	--->>	4 - 9
(WBC без нормобластов) Лейкоциты	12.06	10 ⁹ /л		
(NEU%) Нейтрофилы	4.5	%		
(NEU#) Нейтрофилы	0.54	10 ⁹ /л		
(LYM%) Лимфоциты	88.8	%	--->>	19 - 37
(LYM#) Лимфоциты	10.71	10 ⁹ /л	--->>	1.2 - 3
(MONO%) Моноциты	5.6	%	- ---	3 - 11
(MONO#) Моноциты	0.67	10 ⁹ /л	--->>	0.09 - 0.6
(EOS%) Эозинофилы	0.8	%	- ---	0.5 - 5
(EOS#) Эозинофилы	0.10	10 ⁹ /л	- ---	0.02 - 0.3
(BASO%) Базофилы	0.3	%	- ---	0 - 1
(BASO#) Базофилы	0.04	10 ⁹ /л	---	0 - 0.065
(NRBC%) Нормобласты	0.1	%		
(NRBC#) Нормобласты	0.01	10 ⁹ /л		
IRF	20.40			
LFR	79.60	%		
MFR	14.50	%		
HFR	5.90	%		
Палочкоядерные нейтрофилы %	0	%		
Сегментоядерные нейтрофилы %	6	%		
Сегментоядерные нейтрофилы #	0.72	10 ⁹ /л		
Эозинофилы %	1	%		
Эозинофилы #	0.12	10 ⁹ /л		
Базофилы %	0	%		
Лимфоциты %	86	%		
Лимфоциты #	10.37	10 ⁹ /л		
Моноциты %	7	%		
Моноциты #	0.84	10 ⁹ /л		
СОЭ (Метод Вестергрена)	7	мм/ч	- ---	0 - 20

Кислотно-щелочной статус: 15.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Температура	37.0	° C		
pH	7.370			
pCO ₂	33.0	мм рт.ст.		
pO ₂	53.0	мм рт.ст.		
ctHb	99	г/л		
Hct	30.0	%		
sO ₂	86.0	%		
cK ⁺	4.5	ммоль/л		
cNa ⁺	134	ммоль/л		
cCa ⁺⁺	1.34	ммоль/л		
cGlu	4.5	ммоль/л		
cLac	1.4	ммоль/л		
ABE,с	-6	ммоль/л		
SBE,с	-6.2	ммоль/л		
cHCO ₃ -(P),с	19.1	ммоль/л		
cHCO ₃ -(P,st),с	20.4	ммоль/л		

Кислотно-щелочной статус: 16.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Температура	37.0	° C		
pH	7.380			
pCO ₂	37.0	мм рт.ст.		
pO ₂	63.0	мм рт.ст.		
ctHb	109	г/л		
Hct	33.0	%		
sO ₂	91.0	%		

cK+	4.9	ммоль/л		
cNa+	138	ммоль/л		
cCa++	1.32	ммоль/л		
cGlu	5.3	ммоль/л		
cLac	1.4	ммоль/л		
ABE,c	-3	ммоль/л		
SBE,c	-3.2	ммоль/л		
cHCO3-(P),c	21.9	ммоль/л		
cHCO3-(P,st),c	22.5	ммоль/л		

Биохимический анализ крови: 15.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Общий белок	51.00	г/л	----	51 - 73
Альбумин	35.30	г/л	----	35 - 55
Мочевина	5.10	ммоль/л	----	1.4 - 6
Креатинин	20.85 Желтушная сыворотка	мкмоль/л	----	10 - 62
Холестерин общий	2.89	ммоль/л	----	2 - 5.2
Триглицериды	1.58	ммоль/л	----	0.45 - 1.82
Билирубин общий	42.20	мкмоль/л	----	2 - 13.7
Билирубин прямой	24.10	мкмоль/л	----	0 - 3.4
Билирубин непрямой	18.10	мкмоль/л	----	
Железо	4.50	мкмоль/л	<<----	7 - 18
Фосфор неорганический	0.50	ммоль/л	<<----	0.95 - 1.8
АлАТ	31.00	МЕ/л	----	10 - 45
АсАТ	18.00	МЕ/л	----	10 - 42
Глюкоза	2.90	ммоль/л	<<----	3.5 - 5.8
K+	4.70	ммоль/л	----	4.1 - 5.3
Na+	140.00	ммоль/л	----	135 - 146
Mg	0.69	ммоль/л	<<----	0.74 - 1.2
Гамма-ГТТ	88	Е/л	---->	2 - 32

Биохимический анализ крови: 27.08.2018 г

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Общий белок	54.30	г/л	----	51 - 73
Альбумин	35.80	г/л	----	35 - 55
Мочевина	2.90	ммоль/л	----	1.4 - 6
Холестерин общий	4.79	ммоль/л	----	2 - 5.2
Триглицериды	2.24	ммоль/л	---->	0.45 - 1.82
Билирубин общий	9.90	мкмоль/л	----	2 - 13.7
Билирубин прямой	3.50	мкмоль/л	---->	0 - 3.4
Билирубин непрямой	6.40	мкмоль/л	----	
Железо	oig low Проверено	мкмоль/л	<<----	7 - 18
Фосфор неорганический	1.28	ммоль/л	----	0.95 - 1.8
АлАТ	67.40	МЕ/л	---->	10 - 45
АсАТ	79.60	МЕ/л	---->	10 - 42
Фосфатаза щелочная(ФЩ)	1448.00	МЕ/л	---->	50 - 350
Глюкоза	4.30	ммоль/л	----	3.5 - 5.8
Са (общий)	1.05	ммоль/л	<<----	2.1 - 2.6
Гамма-ГТТ	259	Е/л	---->	2 - 32

Анализ крови на прокальцитонин: 15.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Прокальцитонин	9.414	нг/мл	---->	0 - 0.5

Гуморальный иммунитет: 15.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
CRP (Ц-реактивный белок)	10.100	мг/дл	---->	0 - 0.5

Гуморальный иммунитет: 20.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
CRP (Ц-реактивный белок)	0.267	мг/дл	----	0 - 0.5

Коагулограмма крови: 16.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
АЧТВ (ACL TOP)	31.20	сек	----	25.4 - 36.9
ПК, квик (ACL TOP)	89.00	%	----	82 - 135
МНО (ACL TOP)	1.090		----	0.86 - 1.16
ТВ (ACL TOP)	17.10	сек	---->	10.3 - 16.6
Фибриноген QFA (ACL TOP)	3.41	г/л	----	2 - 3.93

Д-Димер (ACL TOP)	613	нг/мл	--->>	0 - 232
АТ-3 (ACL TOP)	61.00	%	<<---	83 - 128

25-ОН Витамин D: 20.08.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
25-ОН Витамин D	12.00	нг/мл	<<---	30 - 100

Бакпосев стер. мат. с исп. фл. Peds Plus: 15.08.18

Показатель	Значение
Флаккон "Peds plus"	Positive
Статус теста	Рост есть
Микроскопия по Граму	Грам - палочки
Выделен микроорганизм	Kleb. pneumo. ssp pneu.
Азтреонам	Устойчивый
Амикацин	Устойчивый
Амоксициллин-клавуланат(АХС)	Устойчивый
Ампициллин	Устойчивый
Ципрофлоксацин	Чувствительный
Эртапенем	Чувствительный
Гентамицин	Устойчивый
Имипенем	Чувствительный
Колистин	Неопределенный
Меропенем	Чувствительный
Нетилмицин	Устойчивый
Пиперацillin	Устойчивый
Пиперацillin-тазобактам	Устойчивый
Тигециклин	Промежуточный
Триметоприм-сульфаметоксазол	Устойчивый
Цефепим	Устойчивый
Цефтазидим	Устойчивый
Цефтриаксон	Устойчивый
Цефуроксим	Устойчивый
Resistent Marker>>>	Extended Spectrum Beta-lactama

Бакпосевы ЖКТ: 15.08.18

Показатель	Значение
Статус теста	Рост есть
Патогенные энтеробактерии	Не обнаружено
E.coli типичные	10*4 КОЕ/г
E.coli лактозонегативные	Не обнаружены
E.coli гемолитические	Не обнаружены
Энтерококки	10*8 КОЕ/г
Условно-патогенные бактерии	10*6 КОЕ/г
Неферментирующие бактерии	10*4 КОЕ/г
Стафилококк золотистый	Не обнаружены
Стафилококки коагулазонегативные	Не обнаружены
Грибы рода Candida	Не обнаружены
Выделен микроорганизм	Kleb. pneumo. ssp pneu.
Концентрация	10*6 КОЕ/мл
Азтреонам	Устойчивый
Амикацин	Устойчивый
Ампициллин	Устойчивый
Ципрофлоксацин	Чувствительный
Ампициллин-сульбактам(SAM)	Устойчивый
Гентамицин	Устойчивый
Имипенем	Чувствительный
Колистин	Чувствительный
Левифлоксацин	Чувствительный
Меропенем	Чувствительный
Пиперацillin	Устойчивый
Пиперацillin-тазобактам	Устойчивый
Тетрациклин	Чувствительный
Тигециклин	Чувствительный
Тикарциллин	Устойчивый
Тикарциллин-клавуланат	Устойчивый
Тобрамицин	Устойчивый
Триметоприм-сульфаметоксазол	Устойчивый
Хлорамфеникол	Чувствительный

Цефазолин	Устойчивый
Цефалотин	Устойчивый
Цефепим	Устойчивый
Цефокситин	Устойчивый
Цефотаксим	Устойчивый
Цефотетан	Устойчивый
Цефтазидим	Устойчивый
Цефтриаксон	Устойчивый
Цефуоксим	Устойчивый
Resistent Marker	Extended Spectrum Beta-lactama
Выделен микроорганизм	Stenotrophomonas maltophilia
Концентрация	10*4 КОЕ/мл
Азтреонам	Устойчивый
Амикацин	Устойчивый
Амоксициллин-клавуланат(АМС)	Устойчивый
Ампициллин	Устойчивый
Эртапенем	Устойчивый
Ампициллин-сульбактам(SAM)	Устойчивый
Гентамицин	Устойчивый
Имипенем	Устойчивый
Колистин	Чувствительный
Левифлоксацин	Чувствительный
Меропенем	Устойчивый
Нитрофурантоин	Устойчивый
Пиперациллин	Устойчивый
Пиперациллин-тазобактам	Устойчивый
Тетрациклин	Устойчивый
Тикарциллин	Устойчивый
Тикарциллин-клавуланат	Промежуточный
Тобрамицин	Устойчивый
Триметоприм	Устойчивый
Триметоприм-сульфаметоксазол	Чувствительный
Фосфомидин	Устойчивый
Хлорамфеникол	Чувствительный
Цефазолин	Устойчивый
Цефалотин	Устойчивый
Цефокситин	Устойчивый
Цефотаксим	Устойчивый
Цефотетан	Устойчивый
Цефтазидим	Устойчивый
Цефтриаксон	Устойчивый
Цефуоксим	Устойчивый
Выделен микроорганизм	Pseudomonas aeruginosa
Концентрация	10*4 КОЕ/г
Азтреонам	Чувствительный
Амикацин	Чувствительный
Амоксициллин-клавуланат(АМС)	Устойчивый
Ампициллин	Устойчивый
Ципрофлоксацин	Чувствительный
Эртапенем	Устойчивый
Ампициллин-сульбактам(SAM)	Устойчивый
Гентамицин	Промежуточный
Доксициклин	Устойчивый
Имипенем	Чувствительный
Канамицин	Устойчивый
Колистин	Чувствительный
Левифлоксацин	Чувствительный
Меропенем	Чувствительный
Нитрофурантоин	Устойчивый
Пиперациллин	Чувствительный
Пиперациллин-тазобактам	Чувствительный
Тетрациклин	Устойчивый
Тигециклин	Устойчивый
Тобрамицин	Чувствительный
Триметоприм	Устойчивый
Хлорамфеникол	Устойчивый
Цефазолин	Устойчивый

Цефалотин	Устойчивый
Цефепим	Чувствительный
Цефокситин	Устойчивый
Цефотаксим	Устойчивый
Цефотетан	Устойчивый
Цефтазидим	Чувствительный
Цефтриаксон	Устойчивый
Цефуроксим	Устойчивый
Выделен микроорганизм	Enterococcus species
Концентрация	10 ⁸ КОЕ/г
Ванкомицин	Чувствительный

УЗИ и ДС системы ВПВ: 15.08.2018

Внутренние яремные вены: с чистым просветом с обеих сторон справа d 6 мм, слева d 7,5 мм
Подключичные вены справа накладка, слева d 3,3 мм с чистым просветом
Брахиоцефальные сегменты: левый без особенностей, в просвете правого, ВПВ и ПП катетер
Данных за тромбообразование не выявлено

УЗИ брюшной полости: 21.08.2018

ПЕЧЕНЬ увеличена за счет правой доли
передне-задний размер правой доли 80 мм, левой 30 мм
Контур ровные
Паренхима мелкозернистая
Эхогенность несколько повышена
Стенки внутрипеченочных желчных протоков фрагментарно уплотнены. Просвет не расширен
ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ в типичном месте
Форма S-образная
Просвет: вдоль стенок рыхлый осадок
Стенки без особенностей
Общий желчный проток расширен до 6-7 мм, просвет чистый
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА увеличена в хвосте
Головка 8 мм, тело 6 мм, хвост 11 мм
Контур ровные
Паренхима мелкозернистая, обычной эхогенности
Вирсунгов проток не расширен
СЕЛЕЗЕНКА увеличена, 70 x 16 мм
Контур ровные
Паренхима однородная
Эхогенность обычная
Свободная жидкость: в брюшной полости нет

Рентгенография костей кисти и запястья (костный возраст) в прямой проекции: 23.08.2018

Определяется недоразвитие, гипоплазия 4-й пястной кости правой кисти.
Костный возраст может соответствовать 7 мес, т.к. дистальный эпифиз лучевой кости появляется в 8-10 месяцев.



Проводимая терапия включала:

- Инфузионная терапия: глюкозо-солевые растворы
- Парентеральное питание: у/в до 13 г/кг/сутки, а/к 1,5 г/кг/сутки, жиры 2,5 г/кг/сутки
- Витаминотерапия (солувит, виталипид), микроэлементы (аддамель)
- Антибактериальная терапия: ванкомицин, амикацин, инванз
- Превентивная противогрибковая терапия (микамин, дифлюкан)
- Регулятор кальциево-фосфорного обмена: Земплар, Витамины Д3 В.О.Н.
- Перорально: вигантол, урсофальк, колистин, бактрим
- Стоматотерапия.
- Перевязка катетера.

В настоящее время:

Вес 7030 г

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Температура тела 36,7 С. Аппетит снижен. Энтеральная нагрузка за сутки около 410 мл. Кормится смесью и грудным молоком. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые влажные, бледно-розовые. Тургор тканей хороший. Отеков нет. В легких дыхание проводится во все отделы, пуррильное, хрипов нет, ЧДД 21-23 в мин. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС 109-117 в мин. Живот не вздут, не увеличен, мягкий, безболезненный. Перистальтика неравномерная. Перитонеальных знаков нет.

Опорожняется по илеостоме. Калоприменник состоятелен. Отделяемое желтого цвета, жидкое, с примесью смеси, 410 мл за сутки. Диурез 680 мл. Моча желтого цвета.

Резюме: тяжесть состояния ребенка при поступлении обусловлена течением генерализованной воспалительной реакции, которая изначально расценивалась как катетер-ассоциированная инфекция грибковой этиологии. По результатам лабораторных исследований - в посевах кала - рост *P. aeruginosa*, *S. maltophilia*, *K. pneumoniae*, в крови - высева *Klebsiella pneumoniae*. Таким образом, имеет место рецидивирующее течение системной воспалительной реакции, вызванной транслокацией кишечной флоры. Катетер-ассоциированная инфекция грибковой этиологии исключена, противогрибковая терапия редуцирована до профилактических доз. Проводилась коррекция инфузионной терапии, а также режима и объема парентеральной нутритивной поддержки. В связи с низким уровнем витамина D (12 нг/мл) - выполнено однократное внутримышечное введение препарата нативного витамина D 3 - B.O.N.

На фоне лечения состояние стабилизировалось.

Ребенок с синдромом короткой кишки нуждается в длительной парентеральной нутритивной поддержке в рамках проекта домашнего парентерального питания. При следующем обследовании через год - будет решен вопрос о тактике дальнейшего лечения.

На основании выписки РДКБ, решения врачебной комиссии ЛПУ по месту жительства ребенок должен быть обеспечен всеми препаратами и средствами для проведения парентерального питания на дому бесплатно.

Мать ребенка обучена технике проведения парентерального и энтерального питания, перевязке ЦВК, проведения инфузии, принципам асептики и антисептики, правилам проведения энтерального питания. Проведение ПЭП должно проводиться под контролем врача, имеющего опыт длительного парентерального питания. В случае развития осложнений показана срочная госпитализация в стационар.

Ребенок выписывается домой в стабильном состоянии.

Контактов с инфекционными больными не было.

РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ – УЛУЧШЕНИЕ.

Перед отъездом собрать в помпу:

Глюкоза 40% - 150 мл (40 г/сутки)

S.KCl 4% - 20 мл

S.MgSO₄ 25% - 1 мл

Аминовен инфант 10% (0.5 г/кг/сутки) - 50 мл

Ионостерил - 50 мл

№ 1, V = 10 мл/час

РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Наблюдение хирурга, гастроэнтеролога, педиатра по месту жительства.

2. Взвешивать еженедельно, определять рост 1 раз в месяц. Вести дневник веса и роста.

3. **ЭНТЕРАЛЬНАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА:**

Общая концепция:

- Дробное кормление каждые 3 часа, небольшими объемами, между кормлениями – обязателен сипинг специализированными смесями и регидроном!!!! ДЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОМЕЖУТКИ МЕЖДУ ЕДОЙ способствуют накоплению голодных газов!!!!
- Первые прикормы – б/м и б/г каши, заваренные на специализированном питании – Пептикейт
- Постепенное введение в рацион творога ежедневно!!!
- Постепенное введение термически обработанных овощей и фруктов с высоким гликемическим индексом (яблоко, тыква, морковь) вместе с кашами.
- Еду (овощи, рыба, мясо) солить йодированной солью. Можно добавлять кориандр, куркуму в готовую еду. При варке овощей, мяса, рыбы – использовать лавровый лист, добавлять зелень – петрушку, укроп – удалять после варки.
- Обязательно, ежедневно масло Ликвиджено, 5 мл х 3 р. д
- Сахар: нерафинированный коричневый тростниковый сахар или сахарозаменитель «Стевия»
- ПИТЬЕ: регидрон – разводить по схеме 1 л + 1 т цинктерала (124 мг цинка) – дробно пить в течение суток. Можно: кисели – готовить на пищевом пектине, слабо сладкие компоты.
- С 9 месяцев: мясо: индейка, постные телятина или говядина, кролик, куриная грудка в вареном, тушеном или запеченном виде.
- С 8 месяцев: рыба: чередовать красные и белые сорта рыб, только в вареном или запеченном виде.

ВАЖНО! К данной схеме кормления переходить постепенно!!! Все новые продукты вводить аккуратно, понемногу, смотреть за клиническими проявлениями (вздутие живота, характер стула).

Вести пищевой дневник: напечатать и прислать мне примерное меню за неделю, еду указать в граммах и способ приготовления. Указать отдельно, сколько жидкости (чай, вода, компоты, кисели) ребенок выпивает. Характер стула и примерный объем мочи за сутки.

4. **ЕЖЕДНЕВНАЯ АДЕКВАТНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА:** зарядка, общий массаж курсами.

Домашнее парентеральное питание по схеме: ежедневно, в течение 18 часов в ночном или дневном режиме. Последующая коррекция врачами РДКБ после (ai0276j@yandex.ru, operacia@rdkb.ru).

Ежедневно, по 18 часов в сутки:

Глюкоза 20% - 500 мл (14 г/кг/сутки)

S.KCl 4% - 30 мл

S.MgSO₄ 25% - 1 мл

Аминовен инфант 10% (1,5 г/кг/сутки) 100 мл

Солувит Н - 10 мл

Аддамель - 0,7 мл (0,1 мл/кг) НЕЧЕТНЫМ ДНЯМ

S.NaCl 0,9% - 200 мл

№ 1

V = 48 мл/час

ПАРАЛЛЕЛЬНО:

Смоф Липид 20% (2,5 г/кг/сутки) - 80 мл

V = 5 мл/час ЧЕРЕЗ ДЕНЬ

Виталипид Н детский – 10 мл

#

Внутривенно струйно:

Кальций глюконат 10% 1,5 мл, очень медленно, струйно, ежедневно. Хорошо промывать ЦВК после данного препарата – вводить 3 раза в неделю
Анальгин 50% 0,1мл + супрастин 0,1мл - при повышении температуры выше 38,2 С
Элькар 300 мг х 1 р. д очень медленно, струйно, № 7, одну неделю каждого месяца
При дефиците начать: Земплар 0,1 мкг/кг на 10 мл физ раствора, медленно, струйно, через день № 10.

#

Профилактическая ферротерапия: начать при снижении Нв и сывороточного железа ниже 7!!!!: Пока не вводить!!! Высокое сывороточное железо на фоне поражения печени:

Венофер (Ликферр) (5 мг/кг/сутки) 35 мг № 1, V = 40мл/час КАПАТЬ 1 раз в неделю
S.NaCl 0,9 % - 100 мл

После повышения уровня сывороточного железа до 7 – перейти на поддерживающее введение 1 раз в 2-3 недели:

Венофер (ликферр) (3 мг/кг/сутки) 20 мг № 1, в течение 4 часов КАПАТЬ 1 раз в 2-3 недели, длительно
S.NaCl 0,9 % - 100 мл

#

При снижении уровня фосфора ниже 1,5ммоль/л

Гликофос в дозе 0,5-1,0ммоль/кг/сут V = 30мл/час № 10
S.NaCl 0,9% - 30мл

#

Капельно, курсами, каждый квартал:

Гептрал – 300 мг V = 20 мл/час № 10 ЕЖЕДНЕВНО
S. NaCl 0,9% - 30мл

#

Фосфоглив 5 мл V = 20 мл/час № 10 ЕЖЕДНЕВНО S. NaCl 0,9% - 20мл
S. NaCl 0,9% - 30мл

#

Перорально:

Вигантол по 3 капли утром и вечером постоянно
Де нол 120 мг по 1/2табл 4 раза в день, длительно
Кальций Д3 Никомед – 1,5-2 таблетки в день, длительно
Урсофальк суспензия (250мг/5мл) в дозе 30 мг/кг/сут: 1мл * 2 раза в день, утром и вечером
Альфа-нормикс 1/4 т раз в 3 суток – при появлении зловонного разжиженного стула начать прием на постоянной основе

#

Колистин (10 мг/кг/сутки) 70 мг на 3 приема - в течение 3-4 недель после выписки
Бактрим суспензия 5 мл х 3 раза в день – в течение 2 недель после выписки, с последующей коррекцией дозы (обсудить с лечащим врачом)

После инфузии введение доков обязательно:

**Экспозиция ТауроЛок с урокиназой в ЦВК 1,0мл на временной промежуток от 1 часа до 12 часов.
Или чередовать: ТауроЛок Нер 100 1 мл утром, урокиназа 5 тыс ЕД в 1 мл вечером.**

Инструкция

1. Промыть катетер, используя 20 мл солевого раствора
2. Набрать препарат ТауроЛок из емкости, используя соответствующий шприц.
3. Медленно введите ТауроЛок™ (не более 1 мл в секунду; младенцам и детям до двух лет не более 1 мл в 5 секунд) в устройство доступа в количестве, достаточном для полного заполнения. Необходимо строго соблюдать объем заполнения устройства доступа, указанный в инструкции производителя. ТауроЛок™ остается в устройстве доступа до следующего использования.
4. Извлекать ТауроЛок™ не нужно.
5. Промойте устройство доступа солевым раствором. Рекомендуемое для промывки количество не менее 20 мл.

ДОПОЛНЕНИЕ К РАБОТЕ С ЦВК:

При обтурации, трудной инфузии и эксфузии через ЦВК

1. Экспозиция УРОКИНАЗЫ (5000МЕ/мл) в ЦВК 1мл на 1,5-2часа.
2. При отсутствии УРОКИНАЗЫ – экспозиция АЛЬТЕПЛАЗЫ 1,0мл на 1,5-2часа.
3. При неэффективности вышеуказанных мер, показана экспозиция декальцинированной сыворотки пациента с УРОКИНАЗОЙ (АЛЬТЕПЛАЗОЙ) в соотношении 3:1 в порт 1,0мл на 1,5-2 часа.

#

ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ:

При повышении температуры тела (транслокация кишечной флоры, катетер-ассоциированная инфекция крови):

1. Взять посев крови в ВАСТЕС, ввести антипиретическую смесь (анальгин 50% 0,1мл + супрастин 0,1мл). Пробируку ВАСТЕС отправить почтовым отправлением в РДКБ для посева.
2. При стойкой, неснижаемой лихорадке и неэффективности стандартной антипиретической терапии – ввести дексаметазон 0,1 мл на большом разведении
3. Отключить парентеральное питание
4. Начать внутривенное введение солевых растворов (ионостерил, дисоль, трисоль) в режиме гиперинфузии (на каждый градус подъема температуры выше 37,5 С - увеличивать скорость инфузии на 12%).
5. Срочно сдать общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, С-реактивный белок, КЩС, сообщить лечащему врачу!
6. Начать противомикробную терапию. При выборе антибактериальной терапии ориентироваться на предыдущий посев кала. Стартовый антибиотик – СУЛЬПЕРАЗОН (или инваз), при неэффективности ТИЕНАМ (или МЕРОНЕМ) + ВАНКОМИЦИН, и начать противогрибковую терапию дифлюканом 8-10 мг/кг/сутки в один прием (вифендом в дозе 14 мг/кг/сутки, разделив на два приема). Все препараты вводить в течение часа. Последующая коррекция терапии исходя из результатов посева крови.

7. при неэффективности проводимых мероприятий – вызвать скорую медицинскую помощь для госпитализации в стационар

При рвотах: в/в ввести церукал 0,1 мл (можно вводить 0,1 каждые 6 часов), срочно начать внутривенное введение солевых растворов: ионостерил (трисоль) 30 мл/час.

При выраженном диарейном синдроме: срочно начать внутривенное введение солевых растворов: ионостерил 30-50 мл/час. Увеличить дозу сорбентов, начать введение энтерола 100 мг x 2 р. д, кишечный антисептик обсудить с лечащим врачом.

Срочно сдать общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, С-реактивный белок, КЩС, сообщить лечащему врачу!

6. Обращать внимание на следующие изменения: вялость, слабость, повышение температуры, вздутие живота, выраженная диарея, рвоты.

Сообщать лечащему врачу об изменениях в состоянии и результаты анализов.

Email: operacia@rdkb.ru

7. Настоятельно рекомендовано продление инвалидности в МСЭ по месту жительства (стойкое нарушение функции пищеварения на фоне врожденного тотального поражения кишечной трубки). В реабилитационной программе ОБЯЗАТЕЛЬНО должны быть внесены вышеуказанные энтеральные смеси для нутритивной поддержки, все перечисленные в выписке препараты: ОСОБЕННО ЭЛЕМЕНТЫ парентерального питания, солевые растворы и обозначенные лекарственные препараты.

ДАННАЯ ТЕРАПИЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМА, ЗАМЕНЕ НЕ ПОДЛЕЖИТ.

См. ПРИЛОЖЕНИЕ К ВЫПИСКЕ СПИСОК МЕСЯЧНОЙ ПОТРЕБНОСТИ НЕОБХОДИМЫХ ПРЕПАРАТОВ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

8. Общий анализ крови + ретикулоциты, биохимический анализ крови (билирубин и фракции, АЛТ, АСТ, ЩФ, глюкоза, ГГТП, холестерин, триглицериды, альбумин, общий белок, мочевины, сывороточное железо), общий анализ мочи – 1 раз в месяц.

Сдать анализ крови на концентрацию витамина Д, прислать лечащему врачу.

9. Мед отвод от прививок 6 месяцев, затем – возможна плановая вакцинация с использованием вакцин с инактивированными вирусами после консультации с невропатологом.

10. Нуждается в стационарном обследовании в отделении хирургии №2 ФГБУ РДКБ дата госпитализации 20.01.2019 г. Возможна внеплановая госпитализация по предварительной договоренности.

Лечащий врач
Зав.отделением
Врач-эксперт:

Макаров С.П.
к.м.н Степанов А.Э.
к.м.н Брюсова И.Б.

Для контактов: (495) 936-94-45 – ординаторская отделения хирургии №2. operacia@rdkb.ru

