

Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению
Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«Детский городской многопрофильный
клинический центр
высоких медицинских технологий
им. К.А. Раухфуса»

191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 8
Тел. (812) 506-06-06/ факс (812) 578-75-82
E-mail: rauhfus@zdrav.spb.ru

Переводной эпикриз.

Фамилия, имя: **Хасанчонов Хушруз, 02.11.2008 г.р. (14 лет)**

История болезни № 57

Диагноз:

Диагноз основной: Образование средостения (Т-клеточная лимфома, лимфобластная?).

Осложнения: Гидроторакс справа. Гидроперикард. Тромбоз внутренних яремных вен, левой подключичной и плечеголовной вен. Синдром сдавления ВПВ.

Операции: Дренирование правой плевральной полости от 1.01.23. Дренирование перикарда от 3.01.23. Биопсия лимфоузла от 6.01.2023. Дренирование правой плевральной полости от 12.01.23.

Находился в стационаре с 01.01.23, в ОАР с 03.01.2023

Анамнез заболевания: Заболел примерно с 23/24.12 (точно число не помнят): кашель, субфебрильная температура до 30.12., с 31.12 - температура нормальная. Боль в правом боку с 27.12.22. Ртг ОГК амбулаторно не выполнялась. Педиатром осматривался 2-хкратно, назначен Кладид 250 мг 2 раза в день, принимает с 30.12. В ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса обратились самостоятельно 1.01.23.

Перед поступлением в ОАР: ребенок при поступлении осмотрен хирургом, выполнен ртг ОГК, госпитализирован на хирургическое отделение с диагнозом деструктивная пневмония и левосторонний плеврит. 1.01.23 было выполнено дренирование правой плевральной полости под м/а (получен суммарный объем выделенной жидкости 2200 мл). Получал лечение: а/б терапию (кларид+цефтриаксон), ингаляции с беродуалом. 03.01.2023 ухудшение состояния: одышка, кашель, десатурация до 90%, нарастание одышки в положении лежа.

Ребенок обследован:

КТ- картина новообразования средостения, правосторонней полисегментарной пневмонии, правостороннего плеврита, перикардита;

ЭхоКГ - перикардит, выпот фибрина в перикарде, признаков тампонады нет, выраженных нарушений гемодинамики нет;

ЭКГ - умеренные диффузные нарушения процессов реполяризации, удлинен интервал QT, низкий вольтаж комплексов QRS.

Учитывая тяжесть состояния, данные обследования и угрозу тампонады сердца принято решение пунктирования и дренирования перикарда под УЗИ-навигацией.

Ребенок осмотрен реаниматологом, переведен в ОАР.

При поступлении в ОАР: в условиях реанимационного зала под эндотрахеальным наркозом (пропофол+фентанил+тракриум) проведено дренирование перикарда (получено 250 мл выпота серозного характера), катетеризация VSD.

Выполнено контрольное КТ. Ребенок переведен в палату ОАР. Учитывая наличие компрессии просвета трахеи в нижней трети и области бифуркации с правым и левым главным бронхов, принято решение о проведении седации и продленной ИВЛ.

На утро 4.01 состояние тяжелое, медикаментозно седатирован до уровня комы 1 степени. Кожные покровы физиологической окраски. Микроциркуляция не нарушена. Гемодинамика с поддержкой дофамином 5 мкг/кг/мин. АД 105/56 мм рт ст, ЧСС 78-90 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ИВЛ с физиологическими параметрами. Дыхание проводится, справа ослаблено. По плевральному дренажу — умеренное количество серозного отделяемого. По дренажу из перикарда — 100-150 мл серозно-геморрагического отделяемого. Живот не вздут. Питание получает через зонд

смесью, усваивает. Проводилась коррекция гипопротенемии. Диурез сохранен, моча по катетеру, с примесью солей.

5.01 выполнена ФБС — признаки сдавления трахеи в передне-заднем направлении, в связи с чем принято решение о невозможности экстубации. Продолжена ИВЛ, седация.

6.01 выполнена операция: биопсия измененного лимфоузла в 3 межреберье справа.

С 6.01 начата терапия Дексаметазоном по назначению онколога НИИ Петрова Шац Л.И.

На фоне терапии состояние с улучшением — исчезло отделяемое по дренажам. Дренажи удалены 7.01.23.

9.01.23 - ФБС — с улучшением (сдавления практически нет). Снят с седации. Экстубация, б/особенностей.

За последующие дни состояние стабильное. Вышел в ясное сознание, начал есть и пить, аппетит с улучшением. Рвот не было. Гемодинамика без катехоламиновой поддержки. Диурез на фоне массивной инфузионной терапии с введением диуретиков 80-100%, стул после клизмы.

12.12 в связи с появлением ДН и нарастанием выпота по КТ и УЗИ выполнено повторное дренирование плевральной полости справа под наркозом — получено 1230 мл выпота, далее за каждые сутки 12.01 и 13.01 - отделяется по 500 мл.

В перикарде сепарация листков максимально 10,4 мм по ЭХО-КС, дренирование повторно не проводилось.

Течение заболевания осложнено появлением тромбоза в с/с ВПВ (по УЗИ ЛЯВ и ЛПВ — тромбозы частичные пристеночные, признаки тромбоза левой подключичной вены), удален ЦВК слева, назначен Эноксапарин 1,5 мг/кг/сут в 1 введение.

К 13.01 — Ребенок становится более вялым, снижается аппетит. Постоянно жалуется на боли в спине, груди справа (место стояния дренажа), неудобное положение тела. Лежит в возвышенном положении, лежа на спине нарастание ДН. Гемодинамика без катехоламиновой поддержки, попытка подключить добутамин привела к нарастанию тахикардии. Кожные покровы бледные, пастозные. К вечеру выраженное нарастание отечности лица, шеи, верхнего плечевого пояса (синдром сдавления ВПВ). ДН умеренная, тахипноэ, кислородозависимость. Живот не вздут. Перистальтика вялая. Стула самостоятельного нет, только после клизмы. По дренажу справа из плевральной полости отходит по 500 мл/сут отделяемого.

На КТ-ангиографии от 13.01.23 — отрицательная динамика. КТ -картина новообразования средостения, с распространением на плевру и диафрагму справа, тромбоза внутренних яремных вен, левых подключичной и плечеголовной вен, правостороннего плеврита, перикардита.

Болосное введение лазикса без существенного эффекта, ребенок проходит в положительном балансе (+2000 мл), подключен лазикс микроструйно, доза постепенно увеличена 0,05- 0,1 — 0,15 мг/кг/час.

14.01.23 в связи с быстрым прогрессированием опухоли, резким ухудшением состояния ребенка экстренно консультирован онкологом Шац Л. И.. Пациент обсужден с главным детским онкологом Спб Кулевой С. А.. Терапия согласована.

По экстренным показаниям проведена терапия 14.01.23 — преднизолон 45 мг в/в медленно за 30 минут, далее с 15.01 преднизолон 30 мг 3 р/сут (13,20,8 ч), Винкристин 2 мг в/в №1, Доксорубин 45 мг №1 за 4 часа 14.01.23, ондансетрон 3 р/сут при рвотах, продолжить инфузионную терапию 4200 мл/сут (NaCl 0,9%, Glucosae 5%), введение растворов соды, аллопуринол, диуретики, коррекция электролитных нарушений.

Терапию перенес хорошо, рвоты и ухудшения состояния не отмечалось.

За 15.01-16.01.23 отечность верхнего плечевого пояса значительно уменьшилась, диурез более 100%, отделяемое по плевральному дренажу перестало отходить, купирована ДН и кислородозависимость. Самочувствие улучшилось, начал пить и есть охотно. Стал достаточно активным. Улыбается.

Эмоциональный фон ровный. На боли не жалуется. Гемодинамика стабильная. Живот не вздут. Стул после клизмы. Диурез по катетеру, достаточный.

Результаты обследований:

1. РТГ ОГК от 1.01.23 — тотальное однородное затемнение нижних и средних отделов правого легкого, вероятно за счет пневмонической инфильтрации с ателектазом нижней и средней долей.

Паракостальные наслоения. Слева синусы свободные.

РТГ ОГК после дренирования — правое легкое расправлено, неоднородно интенсивно затемнено в средней и нижних долях. Стояние дренажа в правой плевральной полости.

РГ ОГК от 3.01 — интубационная трубка в трахее, центральный катетер справа, уходит в вены шеи, правое легкое расправлено, инфильтративные изменения сохраняются на прежнем уровне, тень сердца не расширена, дренаж в полости перикарда, диафрагма прослеживается с обеих сторон.

2. КТ от 3.01 — КТ-картина новообразования средостения, полисегментарной пневмонии справа, правостороннего плеврита, перикардита.

КТ в динамике после дренирования — сохраняется неоднородная пневмоническая инфильтрация в верхней и нижней долях правого легкого в прежнем объеме; в левом легком без очаговых и инфильтративных изменений; в верхнем и среднем отделах переднего средостения сохраняется образование прежними размерами; сохраняется смещение сосудов средостения кзади, компрессия просвета трахеи в нижней трети и области бифуркации, правого и левого главных бронхов; жидкость в правой плевральной полости в небольшом количестве; количество жидкости в полости перикарда в динамике уменьшилось, дренаж в полости перикарда; дренаж в правой плевральной полости.

КТ от 11.01.23 (шеи, грудной клетки, малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства) — КТ-картина новообразования средостения (без динамики по сравнению с исследованием от 3.01.23). КТ-данных за образование шеи, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, увеличения ЛУ не получено.

КТ-ангиография от 13.01.23 — линейные участки уплотнения легочной ткани в базальных отделах обоих легких (вентиляционного характера). В верхних и средних отделах переднего средостения определяется образование с четкими бугристыми контурами, неоднородной структуры, размеры 8,4 см*11,5 см*12,7 см. Образование оттесняет сосуды средостения кзади, компремирует просвет трахеи, правого и левого главных бронхов. Компримирует легочной ствол и правую легочную артерию, компремирует просвет ВПВ и плечеголовной вен до 4 мм, в толще образования проходит левая плечеголовная вена, отмечается дефект ее контрастирования, дефект контрастирования внутренней яремной вены слева и левой подключичной вены, дефект контрастирования правой ВЯВ, процент стеноза 77%. Плевра утолщена справа, имеет бугристые контуры 0-распространение образования на плевру, так же образование распространяется в заднем средостении кпереди от позвоночного столба до диафрагмы, диафрагма утолщена. Отмечается небольшое количество жидкости в правой плевральной полости, жидкость в полости перикарда.

3. Экстракраниальное цветковое триплексное сканирование брахиоцефальных артерий от 12.01.23 - УС-признаки тромбоза обеих ВЯВ, флебита правой подключичной вены.

4. УЗИ плевральных полостей неоднократно, УЗИ-определение жидкости в брюшной полости от 12.01 небольшое количество анэхогенного выпота в малом тазу объемом 25 мл.

5. ЭХО-КС от 3.01.23 — перикардит, выпот фибрина в перикарде (в области верхушки 10,4 мм, вдоль свободной стенки правого желудочка максимально 21 мм), без признаков тампонады, без нарушений гемодинамики, сократительная способность миокарда в норме.

ЭХО-КГ от 6.01, 10.01 — без отрицательной динамики.

ЭХО-КГ от 12.01 — увеличение жидкости в перикарде, признаков тампонады нет, от 13.01.23 — без отрицательной динамики, ФВ 74%, диастаз листков перикарда максимально 10,8 мм.

6. ФБС от 5.01.23 — двусторонний катаральный эндобронхит III ст с диффузной продукцией мутного слизистого секрета, признаки сдавления из вне н/з трахеи (в передне-заднем направлении) и главного левого бронха. Дивертикул с широким основанием в проекции базальной пирамиды левого легкого.

ФБС от 9.01.23 — двусторонний катаральный эндобронхит I ст, минимальные признаки сдавления трахеи и главных бронхов. Положительная динамика.

7. ЭКГ от 3.01.23 - синусовый ритм 142 уд. в мин, синусовый ритм, тахикардия, умеренные диффузные нарушения процессов реполяризации, удлинение интервала QT, низкий вольтаж QRS..

Лабораторные исследования:

1. Ликвор от 9.01.23 — цитоз 2/3, 0,22 г/л белок, глюкоза 4,9 ммоль/л, бесцветный, прозрачный, посев ликвора — роста нет.

2. Посевы: Посев мокроты на флору от 4.01 роста нет, посев плеврального отделяемого и отделяемого из перикарда — роста флоры нет, посев лаважной жидкости на флору от 9.01.23 — **Sphingobacterium multivorum, полирезистентная, с чувствительностью к цефтазидиму.**

3. Группа крови : В(III) Rh (+) отрицательный, фенотип ccddkk Cw (-), антитела антиэритроцитарные — отр..

4. ОАМ от 16.01 — плотность 1020, рН 7,0, лейкоциты 0-1, эритроциты 0-1, кетоновые тела, белок и глюкоза отрицательно.

5. КАК:

Нь	Эр	Лк	П/я	С/я	Э	Лмф	М	Тр	СОЭ
----	----	----	-----	-----	---	-----	---	----	-----

3.01	122	4,6	12	1	72	23	4	344	4	
6.01	101	3,77	8	4	59	2	28	7	219	45
13.01	130	5,2	15,2	5	75	2	11	10	212	26
16.01	128	4,85	21,5	7	82	0	6	5	225	35

6. Биохимия:

	3.01	5.01	6.01	8.01	9.01	10.01	12.01	13.01	16.01
АЛТ (Ед/л)	19	138		237			102	92	75
АСТ (Ед/л)	33,7	112.1		184			29	41	65
Белок (г/л)				59			61	60	60
Альбумин (Г/Л)	30	35		37			32	34	33
Креатинин (мкмоль/л)	68	93.6	40	55			46	47	58,5
Мочевина (ммоль/л)	6	4,0	3	4			9	7,4	6,5
Билирубин общ. (мкмоль/л)	2,0	4,0		3			6	6	4,4
СРБ (мг/л)	84							23	106,27
К (ммоль/л)	4,4	4,3		4,2					3,9
Na (ммоль/л)	133	133		134					128
ЛДГ (Ед/л)	807		614				496		1752
КФК/КВК-МВ	612/16		240/29			105/40	/27		81/27
Моч.к-та			113		69	92	93		
Ферритин (милликг/л)			251			249	288		1400
ЩФ (Ед/л)						167			192
ГГТ (Ед/л)									256
Фосфор (ммоль/л)			1,32		1,37	1,32			1,86
Магний (ммоль/л)									0,86

7. Цитологическое исследование плеврального выпота от 5.01.23 — цитологическая картина лимфоцитарно-лимфобластного плеврита с экссудативным компонентом. Наиболее соответствует неходжскинской крупноклеточной лимфоме с поражением плевры.

8. Миелограмма: признаков поражения костного мозга нет.

9. Биопсия на ИГХ: Т-клеточная лимфома, возможно лимфобластная.

10. КЩС — компенсирован, нормакапния, нормоксемия, ВЕ 10,8 ммоль/л, лактат 2-2,5 ммоль/л, нормогликемия, электролитные нарушения в виде гипонатриемии 130 ммоль/л (проводится коррекция).

11. Коагулограмма: фибриноген 3,6 г/л, ПТИ 53%, АЧТВ 25 с., МНО 1,49. **D-димер от 16.01.23 — 3310 нг/мл**

За время нахождения в стационаре ребенок осматривался онкологом Шац Л. И. неоднократно, наблюдался хирургом, кардиологом.

Получал терапию: медикаментозная седация и ИВЛ, коррекция гипопротеинемии, инфузионная терапия 4200 мл/сут, обезболивание (НПВС+промедол), гастропротекторы (омез), инотропная поддержка, антибактериальную терапию, энтеральное питание (зондовое, затем стол 15), коррекция электролитных нарушений, антикоагулянты (эноксипарин), сГКС и специфическую противоопухолевую терапию по назначению онколога, аллопуринол, диуретики, симптоматическую терапию.

Объективно на момент перевода: Состояние: тяжелое по характеру заболевания.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Зрачки: OS = OD, средней величины, ФГР +.
Неврологическая симптоматика: нет. Менингеальные симптомы: отрицательные.
При осмотре: Кожные покровы и видимые слизистые: обычной окраски, гиперемия кожи слева на шее, в динамике без нарастания. Тургор и эластичность тканей: сохранены. Периферические лимфатические узлы: не увеличены. Подкожная клетчатка в области шеи и верхнего плечевого пояса несколько пастозна.
Гемодинамика: Микроциркуляция: не нарушена. Область сердца: границы относительной сердечной тупости расширены. Пульс: ритмичный, удовлетворительного наполнения, удовлетворительного напряжения. ЧСС: 109 в мин. АД: 104-113/63 мм.рт.ст. Тоны сердца: приглушены, ритмичные. По кардиомонитору: ритм синусовый.
Дыхательная система: Носовое дыхание: не нарушено. Дыхание самостоятельное. Аускультативно справа несколько ослаблено по задним отделам, слева проводится равномерно. Хрипов нет. Кашель редкий, продуктивный.
Пищеварительная система: Живот: симметричный, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не пальпируется.
Мочевыделительная система: Мочепускание: самостоятельное. Катетер удален ночью 17.01.23 в связи с дисфункцией. Моча: светло-желтая, прозрачная.
Сосудистый доступ: периферический, без признаков воспаления.
Дренажи: плевральный справа, функционирует. Отделяемого по плевральному дренажу в течение суток нет (после получения спец. препаратов для лечения основного заболевания).

Получает терапию на 17.01.23 по рекомендациям онколога:

1. Стол 15, пить обильно.
2. Аллопуринол 100 мг 3 р/сут после еды.
3. Табл. Гипотиазид 50 мг 2 р/сут планово (18,6 ч), Лактулоза 30 мл 2 р/сут.
4. Инфузия 3 л/кв.м (NaCl 0,9% 2100 мл, Glucosae 5% 2 100 мл) с введением гидрокарбоната натрия 180-250 мл/сут для поддержания рН мочи 7,0-8,0, фуросемид 10-20 мг в/в 3-4 раза в сутки для поддержания нулевого баланса жидкости. 13.01-14.01 получал фуросемид микроструйно 0,1 мг/кг/час. С 15.01 болусно.
5. Коррекция электролитных нарушений — натрий 5% микроструйно по показаниям при снижении натрия, калий м/струйно при снижении калия ниже нормальных значений.
4. АБТ: Цефтриаксон 2 гр с 1.01.23 по 15.01.23, с 15.01.23 — цефтазидим 2 гр 2 р/сут по чувствительности м/ф.
5. Эноксаприл 0,8 мл п/к 1 раз в сутки (12 ч).
6. Дексаметазон 5 мг 3 р/сут с 6.01.23 (7,14,20 ч) по рекомендациям онколога, 14.01 преднизолон 45 мг однократно, далее Винкристин 2 мг, Доксорубин 45 мг №1 за 4 часа, с 15.01 преднизолон 30 мг 3 р/сут (13, 20, 8 ч.)
7. Ондансетрон 8 мг по показаниям.
8. Блокаторы протоновой помпы - омепразол 40 мг/сут.
9. Очистительная клизма ежедневно.

Ребенок переводится в ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова по согласованию с главным врачом университетской клиники Материнства и детства Копыловым В. В.

Карантина на отделении нет.

Ребенок транспортабелен.

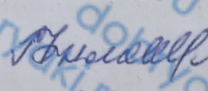
Наряд № 1056

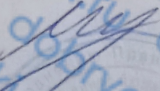
17.01.2023

Реаниматолог

Зав. ОАР

Зам. гл. врача по лечебной работе

 Рылова П. В.

 Муратов П. А.

 Алугишвили З. З.