



ГАОУ СО «Областная детская
клиническая больница»

**Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области
«Областная детская клиническая больница»**

620149, г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, 32

<http://www.odkb.ru> E-mail: odkb-public@mis66.ru; mail@odkb.ru

ОСПМПД «Детский хоспис»
(343)231-95-93

Выписной эпикриз

26.05.2025

Номер медицинской карты:

Фамилия, имя, отчество пациента

Луныков Иван Сергеевич

Дата рождения, возраст

2014

Пол

МУЖ

Дата и время поступления

25.04.2025 15:20

Дата и время выписки

26.05.2025 9:00

Адрес

Свердловская область, Екатеринбург,

Полис

Поступил: в стационар

Период нахождения в стационаре: 31/0 к/д

Исход госпитализации: выписан-1, в том числе в дневной стационар-2, в стационар-3.

Результат госпитализации: выздоровление-1, улучшение-2, без перемен-3, ухудшение-4.

Форма оказания помощи: плановая-1, экстренная-2.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Луныков Иван Сергеевич, 27.07.2014г.р. (10лет), поступил в ОСПМПД «Детский хоспис» в плановом порядке из «Клиники института мозга» для этапа паллиативного ухода, обучения законных представителей навыкам паллиативного ухода.

Жалобы при поступлении: трудности кормления и введения пищи, напряжение конечностей, болевой синдром.

Анамнез заболевания (со слов мамы, по данным медицинской документации): Ранее у невролога не наблюдался, хронические заболевания отрицают. 15.03.2025 около 12:00 мама отравила читать книгу, зашла проверить, он прыгал по кроватям, через пять минут покричала, ребёнок не отзывался, мама зашла, увидела, что он висит на верёвках, губы синие, стала делать искусственное дыхание около 12 минут, со слов мамы, ребёнок перед СМП самостоятельно сделал два вдоха, после был заинтубирован бригадой СМП, на ИВЛ доставлен в ДГКБ №9. В ПДО проведено КТ ГМ: КТ признаки отека головного мозга. КТ грудной клетки: Повреждение гортани, трахеи? Двустороннее полисегментарное очагово-инфильтративное поражение легких, вероятно аспирационного генеза. Признаки бронхиальной обструкции.

1-й эпикризный срок 15.03.25-25.03.25 находился на мед.седации тиопенталом натрия 5 мг/кг/час, с первых часов после поступления - цитофлавин. Лихорадил по субфебрильных-фибрильных цифр, проводилась а/б терапия.

Сознание: тяжелая постгипоксическая энцефалопатия по типу вегетативного состояния или синдрома ареактивного бодрствования. Лежит с открытыми глазами. Глаз яблоки центрированы. Не следит, команды не выполняет. Зависим от ИВЛ. Начата реабилитационные мероприятия, ноотропная терапия. Положение на спине, конечности вдоль туловища, единичные незначительные мышечные движения в пальцах рук и ногах в ответ на тактильные и болевые раздражители. Отмечался гипертонус жевательных мышц языка, осмотрен ЧЛХ, Диагноз укушенная рана языка

24.03.25 ПХО раны 26.06.25 - наложено шинирование.

26.03.25 наложена нижняя трахеотомия.

2й эпикризный срок 26.03.25-06.04.25. За время наблюдения состояние без очевидной динамики по неврологическому статусу - сформировал позу десеребрационной ригидности. На повторных ЭЭГ исследованиях - грубые нарушения корковой ритмики. Проводится реабилитация на I этапе. Сохраняются дыхательные нарушения, периодически зависим от аппарата ИВЛ, исключалось повреждение трахеи, так как появился пневмоторакс и подкожная эмфизема.

появился пневмоторакс и подкожная эмфизема. Проводилась видеобронхоскопия. На момент перевода в КИМ состояние ребенка тяжелое, обусловлено постреанимационной болезнью, СПОН: церебральной (2 балла), дыхательной (1 балл) (по redSOFA 3 баллов), синдромом цитолиза на фоне перенесенной механической асфиксии. Уровень сознания - тяжелая постгипоксическая энцефалопатия по типу вегетативного состояния или синдрома ареактивного бодрствования. Лежит с приоткрытыми глазами. Глаз яблоки отклонены или вниз, или влево, взгляд не фиксирует не следит, Команды не выполняет. При манипуляциях моторное беспокойство в рамках спастического тетрапареза, гримаса плача. Положение на спине, конечности вдоль туловища, единичные незначительные мышечные движения в пальцах рук и в ответ на тактильные и болевые раздражители.

20.03.25 МРТ ГМ: Тяжелое подострое гипоксически-ишемическое поражение коркового вещества больших полушарий мозга и подкорковых структурах с двух сторон. Катаральные изменения ППН, пирамид и клеток сосцевидных отростков височных костей.

19.03.25 ТКДГ: усиление скоростных показателей кровотока, снижение показателей периферического сопротивления в артериях головного мозга. Скоростные показатели венозного оттока в пределах нормы.

15.03.25 Эхо-КГ: сниженная ФВ-57%. Камеры сердца не расширены.

17.03.25 ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

15.03.25 КТ ОГК: повреждение гортани трахеи. Двустороннее полисегментарное очагово-инfiltrативное поражение легких, вероятно аспирационного генеза.

01.04.25 ЭЭГ: продолженное генерализованное подавление фоновой активности с эпизодическими вспышками дельта-волн 3-5 сек.

07.04.25 МРТ ГМ: Очаговая и перивентрикулярная лейкоэнцефалопатия, исход гипоксии, ишемии. Стадия формирования глиоза в корковом веществе больших полушарий мозга и подкорковых структурах с обеих сторон, исход тяжелого гипоксически-ишемического поражения. Генерализованная церебральная атрофия I степени. Катаральные изменения ППН, среднего уха с обеих сторон.

Направлен на экспертизу уровня сознания в ООО «КИМ» 08.04.2025. Учитывая необходимость применения высокотехнологичных методов реабилитации госпитализирован в стационар ОМР ООО «КИМ» для дальнейшей реабилитации.

16.04.2025 ЭКГ: Ритм синусовый нерегулярный ЧСС 66 - 97 уд/мин. S-тип ЭКГ. Синдром наджелудочкового гребешка.

14.04.2025 УЗИ вен нижних конечностей: УЗ-признаков нарушений проходимости вен нижних конечностей не выявлено.

15.04.2025 ЭНМГ верхних конечностей: Данные ЭНМГ верхних конечностей за умеренную брахиоплексопатию на C5-Th1 уровне слева, за легкое дистальное аксональное поражение моторных нервов по полиневральному типу. Индекс ПНМП - 77%.

15.04.2025 ЭНГ нижних конечностей: Данные ЭНМГ нижних конечностей за выраженное дистальное аксональное поражение моторных нервов по полиневральному типу с полным аксональным поражением малоберцовых нервов с обеих сторон. Индекс ПНМП - 25%.

15.04.2025 ЭНМГ дых. группы нервов: Данные ЭНМГ дыхательной группы нервов (диафрагмальный, длинный грудной, X межреберный) за нормальное проведение по диафрагмальному, длинному грудному, межреберному нервам с обеих сторон. Индекс ПНМП - 100%.

15.04.2025 Вызванные потенциалы (ССВ1, ЗВП, АВГ, Р300): По данным зрительных В1 регистрируется дисфункция проведения импульса по зрительным путям с обеих сторон по атрофическому типу с акцентом слева. По данным акустических стволовых ВП значимой дисфункции проведения импульса по слуховым путям с обеих сторон не выявлено. По данным когнитивных ВП регистрируется только потенциал восприятия слухового стимула без убедительного дальнейшего проведения по ассоциативным теменно-лобным путям головного мозга и без регистрации пика Р300. По данным соматосенсорных ВП при стимуляции срединных нервов легкая-умеренная дисфункция проведения импульса по путям глубокомышечной чувствительности на уровне таламокортикальных связей обеих гемисфер по атрофическому типу.

14.04.2025 Моторные вызванные потенциалы (ТМС): Данные моторных вызванных потенциалов за нормальное проведение по пирамидным трактам к верхним и нижним конечностям. Терапевтическая магнитная стимуляция пирамидных путей не показана.

18.04.2025 Функциональное ТМС картирование ГМ: Отмечается нормальная функция проведения импульса по пирамидному тракту к кисти левой верхней конечности. Убедительных данных за исполнение пациентом команды поднять левую руку и сжать в кулак не получено - в двух тестах значимого увеличения амплитуды коркового ВМО в mm.thenar, hypothenar не отмечалось.

15.04.2025 ЭЭГ: Значительно выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга (весьма значительно дезорганизованный медленными формами активности/Альфа-ритм низкого индекса, низкой амплитуды, не регулярный, не локализованный. Модуляции по амплитуде не выражены, зональные различия сглажены). Эпилептиформной активности не зарегистрировано.

22.04.2025 ЭЭГ-мониторинг: Фоновая ЭЭГ представлена выраженным продолженным замедлением БЭА. Основной корковый ритм не регистрируется. Реакция активации и зональные различия не выражены. Реактивность проявляется появлением диффузной миограммы. Различия "сон-бодрствование"

прослеживаются слабо. Фазово-стадийная организация сна не выражена, отчетливо дифференцировать фазы сна не представляется возможным, ЭЭГ сна носит монотонную БЭА в виде десинхронизации ЭЭГ и появлением на ее фоне периодических редуцированных К-комплексов. Были зарегистрированы признаки REM-сна. Типичной эпилептиформной активности не зарегистрировано. При видеомониторировании в состоянии бодрствования регистрируются частые тонические пароксизмы мышц верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся регистрацией диффузной миограммы на ЭЭГ.

В результате реабилитационных мероприятий. Эмоциональные реакции в виде плача на обонятельный и вкусовой стимулы. Жевательные движения на кислый вкус лимонного сока. Единичные жевательные движения, а также слабое движение, похожее на глоток. Рефлекторное глотание слюны на фоне стимуляции массажем. Аспирация в трахею. Достигнут ГГ 80гр., доступна высадка в кресло.

Учитывая достигнутые результаты, при условии преемственности реабилитационного лечения, выполнения рекомендаций, отсутствия реализации рисков, возможно прогнозировать в течение 6 месяцев повышение статуса независимости до уровня: проживание с постоянной помощью в домашних условиях.

25.04.25 поступил в ОСПМПД «Детский хоспис» в плановом порядке из «Клиники института мозга» для этапа паллиативного ухода, выдачи оборудования и расходных материалов, для обучения законных представителей навыкам паллиативного ухода.

Объективно (на момент поступления):

Состояние тяжелое за счет основного заболевания, неврологического статуса, болевого синдрома. Уровень сознания: тяжелая постгипоксическая энцефалопатия по типу вегетативного состояния или синдрома ареактивного бодрствования. Лежит с приоткрытыми глазами. Глаз яблоки отклонены или вниз или влево, взгляд не фиксирует не следит. Команды не выполняет. При манипуляциях моторное беспокойство в рамках спастического тетрапареза, гримаса плача. Положение на спине, конечности вдоль туловища, единичные незначительные мышечные движения в пальцах рук и в ответ на тактильные и болевые раздражители. Менингеальные с-мы: отрицательные. Общемозговые с-мы: отрицательные. Форма головы нормальная. ЧМН: глазные зрачки D = S равномерно 3-4 мм, фотореакции: D = S живые, лицо симметрично, амимично. Установлен назогастральный зонд, ТСК. Рефлексы с трахеи активный. Двигательная сфера: объем активных движений – спастический тетрапарез, тугоподвижность в голеностопных коленных и тазобедренных суставах. Кожный покров бледно-розовый, чистый, на шее странгуляционная борозда. Нарушений микроциркуляции и периферических отеков нет. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые, язык отечный, выступает из ротовой полости, установлена каппа на верхней челюсти. Находится на спонтанном дыхании, через тепловлагообменный фильтр, ТСТ №5,5 с манжетой. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с 2-х сторон, ослаблено в верхних отделах слева, выслушиваются рассеянные влажные разнокалиберные хрипы по всем полям, исчезают после проведения санации. При санации ТБД слизистая мокрота. Гемодинамика стабильная. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, доступен пальпации. Энтеральное питание усваивает в предложенном объеме. Мочеиспускания без особенностей.

Динамика состояния за время госпитализации: Состояние тяжелое за счет основного заболевания, вынужденного положения тела. Ребенок становится активнее, проявляет реакцию на осмотр, узнает маму, снижается интенсивность болевого синдрома. Нарастает объем целенаправленных движений. Сохраняется напряжение конечностей, судорожных приступов не отмечалось с момента поступления. Адаптирован к спонтанному дыханию через трахеостомическую трубку, с 06.05.25 не нуждается в кислородной поддержке, удерживает сатурацию в нормальных значениях. Энтерально получает полимерную (стандартную смесь) через НГЗ, усваивает удовлетворительно, нежелательных реакций не наблюдалось.

Учитывая анамнез, диагноз, тяжесть состояния ребенка, неблагоприятный характер заболевания, требуется обеспечить на основании перечня приказа Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 № 348н "Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому" следующими медицинскими изделиями:

1. Трубка дренажная для аспиратора 1 шт.
2. Назогостаральный зонд №10 120 см 100 шт.
3. Аспирационный зонд №12 300 шт.
4. Салфетки под ТСТ 100 шт.
5. Шейная лента для ТСТ 100 шт.
6. Трахеостомическая трубка №5,5 1 шт.
7. Трахеостомическая трубка №5 1 шт.
8. Аспиратор вакуумный 1 шт.
9. Портативный пульсоксиметр 1 шт.

В виду трудности кормления и введения пищи, носительства НГЗ обеспечен полимерной стандартной смесью для энтерального питания из расчета 1500мл в сутки

Выписывается в плановом порядке в стабильно тяжелом состоянии.

Карантина в отделении нет.

Объективно на момент выписки:

T тела – 36,8С, ЧД – 155, ЧСС -147, SpO2 85-90%, АД 106/58 мм. рт. ст. Состояние ребенка тяжелое за счет основного заболевания, неврологической симптоматики, болевого синдрома. Ребенок в сознании.

Продуктивному контакту не доступен. Неврологический статус прежний. Нуждается периодически в дотации кислорода через ТСТ на потоке 1-2 л/мин. Требуется частой санации ВДП. Энтерально питание усваивает через НГЗ удовлетворительно, рвоты нет. Кожный покров бледный, видимые слизистые глаз гиперемированы, инъекция склер, чистые от высыпаний. Аускультативно в легких дыхание жесткое, множественные проводные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не слышу. Живот доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул был 4 раза за прошедшие сутки, оформленный, без патологических примесей.

Антропометрия: масса тела 29,4 кг (SDS -0,87), длина 135 см (SDS -1,01), ИМТ 16,13 кг/м² (SDS BMI -0,39).

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания, результатов объективного осмотра и инструментальных методов исследования выставлен **клинический диагноз:**

Основное заболевание (код по МКБ-10 Z51.5): Паллиативная помощь (Z51.5). Трудности кормления и введения пищи (R63.3). Наличие назогастрального зонда. Наличие трахеостомы (26.03.2025) (Z93.0). Аноксическое повреждение головного мозга (T98.1). Постгипоксическая энцефалопатия тяжелой степени выраженности от 15.03.2025 в результате механической асфиксии. Грубый псевдобульбарный синдром. Бульбарная дисфагия тяжелой степени выраженности. Центральный тетрапарез. Хроническое нарушение сознания: синдром ареактивного бодрствования.

Осложнения основного заболевания: ПИТ-синдром: дисфагия бездействия, респираторная нейропатия, пароксизмальная симпатическая гиперактивность (G97.8).

В терапии:

1. Смесь «Нутриэн стандарт» 250мл №6 через НГЗ.

2. Питьевой режим 1500 мл/сутки, через НГЗ.

3. Таб. анаприлин 10мг х 4 р/д (06:00-12:00-18:00-22:00), после еды, ч/з НГЗ

4. Таб. панкреатин 25ЕД х 3 р/д (9:00-15:00-18:00) во время еды, ч/з НГЗ

5. Таб. клоназепам 1,0 мг х 2 р/д (09:00, 21:00), с противосудорожной целью, длит-но, пост-но, независимо от приема смеси, ч/з НГЗ

6. Раствор леветирацетам 500мг х 2р/д (10:00-22:00), после еды, ч/з НГЗ

7. Р-р колекальциферол 2000 МЕ/сутки (12:00) во время еды, ч/з НГЗ

8. Таб. баклосан по 10мг х 3р/д (9:00-15:00-21:00), после еды, ч/з НГЗ

9. Санация ВДП и ТСТ СН12-14

10. Смена НГЗ каждые 3 суток Fr10

11. Антропометрия при поступлении и 1 раз в 7 дней

Фамилия, имя, отчество врача, должность, специальность
Врач-стажер Плотникова Наталья Григорьевна подпись

Фамилия, имя, отчество зав. отделения
Воробьева Анастасия Андреевна подпись

