



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ  
обособленное структурное подразделение  
**РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**  
(РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)  
ИНН 7728095113 КПП 772845002 ОГРН 1027739054420  
Ленинский проспект, д. 117, г. Москва, 119571

Справочная:	(495) 936-90-09
Приемное отделение:	(495) 936-90-45
Факс:	(495) 935-61-18
Поликлиника:	(495) 936-91-30
	(495) 936-92-30
Общий отдел:	(495) 936-94-54
Главный врач:	(495) 434-11-77
e-mail	CLINIKA@rdkb.ru

Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного

Соболев Михаил Константинович, МУЖ, 13.10.2016 г. (2 года 6 месяцев), мед.карта N 6601-с

**Дом. адрес:** Ростовская область, г. Таганрог, ул. Театральная, д.6, кв.18.

**Поступил:** 11.04.2019г. **Выписан:** 27.04.2019г.

**Клинический диагноз:** Врожденная аномалия толстой кишки. Частичное рубцовое перерождение мышц анального сфинктера. Хронические запоры. Состояние после оперативного лечения (промежностная проктопластика) по поводу атрезии ануса и прямой кишки. Q 43.2

**Сопутствующая патология:** ДЦП. Спастический тетрапарез. G 80.0 Симптоматическая эпилепсия. Задержка психомоторного развития. Вторичный иммунодефицит. ЧАЗН обоих глаз, расходящееся косоглазие. Бронхолегочная дисплазия.

**Анамнез:** Родился на 32 неделе путем кесарева сечения с весом 1380, рост 44см. 6 баллов по шкале Апгар. На 2 сутки картина остро живота, оперирован: операция 15.10.16г. лапаротомия, резекция участка подвздошной кишки с перфорацией. Наложение раздельной илеостомы. 09.12.16г. операция лапаротомия, висцеролиз, наложение тонко – тонкокишечного Т – анастомоза «Конец в бок» с сохранением илеостомы в правой подвздошной области. П/операционный период протекал с осложнениями (анемия, пневмония, гепатит, спаечная болезнь) Переведен в ДКБ № 13 им Филатова. 06.02.17г. операция: Релапаротомия, адгезиолизис, резекция участка подвздошной кишки, наложение тонко – тонкокишечного анастомоза. Промежностная проктопластика. Проводилось бужирование. В п/операционном периоде склонность к заторм. Наблюдается по м/жительства.

Поступил в отделение для контрольного обследования.

При поступлении: состояние средней тяжести. **ЖАЛОБЫ:** склонность к запорам, опорожнение после микроклизм с глицерином. Плотный стул. При осмотре: **живот** - не увеличен в объеме, при пальпации - мягкий, безболезненный. При осмотре промежности: **анус** - расположен типично, сомкнут. **Per rectum** - анус проходим для бужа № 12-13. Ампула прямой кишки пустая. Данных за стеноз нет. **стул** - 1 раз в 1-2 дня после применения микроклизмы с глицерином (мама вводит 0,5мл. через шприц). Стул плотный. Периодически беспокоит отрыжка, метеоризм. Мочится самостоятельно, моча светлая, диурез адекватный.

**Обследование:**

Клинико – лабораторные показатели в пределах нормы.

**УЗИ органов брюшной полости:** ПЕЧЕНЬ не увеличена, передне-задний размер правой доли 78 мм, левой доли 29 мм. Контуры ровные. Паренхима однородная. Эхогенность не изменена. Внутривеночные желчные протоки не расширены. **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:** Паренхима неоднородная. Эхогенность не изменена. Вирсунгов проток не расширен, стенки плотные. **ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ** сокращен. **СЕЛЕЗЁНКА** 73x30 мм размеры на в/границе нормы. Паренхима однородная. Свободная жидкость: в брюшной полости нет, Желудок заполнен содержимым.

**Ирригография:** При обзорной рентгеноскопии органов грудной клетки патологических теней не определяется. Легочные поля одинаковой прозрачности. Корни легких не расширены, не уплотнены. Плевральные синусы свободны. Тень сердца не расширена. Диафрагма не изменена.

При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости определяется умеренное газонаполнение тонкой и толстой кишки. **Per rectum**, через задний проход расположенный в 4 мм впереди от «метки», с помощью контрастной клизмы введено около 500мл жидкой бариевой взвеси. Толстая кишка заполнена до купола слепой кишки, спазмирована. Ампула прямой кишки не увеличена, контуры ее четкие, ровные, рельеф слизистой деформирован. Ретроректальное пространство не расширено. Расстояние от метки до прямой кишки 3,6 см. Физиологические изгибы ампулы прямой кишки сохранены. Ректосигмоидный переход не расширен, свободно проходим для жидкой бариевой взвеси. Сигмовидная кишка удлинена – имеет две дополнительные петли, контуры ее четкие, неровные, заполнена с перерастяжением. Переход в нисходящий отдел толстой кишки расположен обычно. Гаустрация в нисходящем отделе толстой кишки спастическая, контуры ее четкие, неровные. Селезеночный угол, при тугом наполнении в горизонтальном положении пациента, расположен на уровне Th9-10 тел позвонков, свободно проходим для жидкой



бариевой взвеси. Поперечный отдел ободочной толстой кишки удлиннен – дополнительная петля вблизи селезочного угла. Гаустрация в восходящем отделе толстой кишки и в поперечно-ободочной кишке спастическая, контуры ее четкие, неровные. Печеночный угол, при тугом наполнении в горизонтальном положении пациента, расположен на уровне Th12 тел позвонков, свободно проходим для жидкой бариевой взвеси. Купол слепой кишки расположен в проекции крыла правой подвздошной кости, обычной формы, в просвете тени каловых масс. Определяется толсто-тонкокишечный рефлюкс на небольшом протяжении, рельеф слизистой терминального отдела подвздошной кишки не визуализируется. После дефекации толстая кишка опорожнилась неудовлетворительно, с неравномерной задержкой контрастного вещества в всех отделах ободочной толстой кишки, гаустрация ободочной кишки спастическая. Заключение: Долихосигма. Спастический колит. Недостаточность баугиниевой заслонки: толсто-тонкокишечный рефлюкс на коротком протяжении. Состояние после оперативных вмешательств.

Заключение: На основании анамнеза, осмотра, проведенного обследования у ребенка: Врожденная аномалия толстой кишки. Частичное рубцовое перерождение мышц анального сфинктера. Хронические запоры. Состояние после оперативного лечения (промежностная проктопластика) по поводу атрезии ануса и прямой кишки. результат хирургического лечения удовлетворительный. Показаний кооперативному лечению нет. Рекомендовано проведение курсов терапии, направленных на восстановление моторно – эвакуаторной функции толстой кишки, функции анального сфинктера.

Сопутствующая патология: ДЦП. Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия. Задержка психомоторного развития. Вторичный иммунодефицит. ЧАЗН обоих глаз, расходящееся косоглазие. Бронхолегочная дисплазия. По данным проведенного обследования результат хирургического лечения удовлетворительный.

С 18.04.по 24.04. ребенок находился в ИБО с диагнозом: Острый бронхит, острый ринофарингит. Проведено лечение.

**23.04. консультация невролога:** Жалобы: на задержку психо-моторного развития, - в феврале 2019 года периодические "выкручивания назад" на фоне увеличения нагрузки на ЛФК - на вздрагивания во сне со вдохом на фоне повышения температуры в течение 2х дней неделю назад

С анамнезом ознакомлена. В настоящее время получает Депакин хроносфера по 150 мг 2 р/сут. Весит 10,5 кг (30 мг/кг/сут)

Неврологический статус: В сознании, на осмотр реагирует негативно, сопротивляется осмотру, плачет.

Череп долихоцефальной формы. Окружность головы 44 см. Общемозговые симптомы: нет. Менингеальные симптомы: нет.

**ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ** Зрение ориентировочно предметное, взгляд фиксирует, кратковременно прослеживает за предметами. Глазные щели D=S, зрачки равномерные в диаметре 3 мм D=S, движения глазных яблок в полном объеме, расходящееся альтернирующее косоглазие. Гипомимия. Гиперсаливация. Нистагма нет. При глотании периодически поперхивается жидкой пищей, ест в основном кашцеобразную пищу. Язык по средней линии в полости рта.

**РЕФЛЕКТОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА** Мышечный тонус – дистоничен, превалирует гипертонус, в руке выше слева, в ноге справа. При вертикализации перекрест ног за счет голеней и стоп, опора на передние отделы стоп. Сухожильные рефлексы с рук, коленные, ахилловы - высокие, с расширением рефлексогенных зон. Патологические синкинезии, симптом Бабинского, симптом Бабинкина с двух сторон. Брюшные рефлексы снижены с двух сторон. Предметами манипулирует преимущественно правой рукой. Чувствительность не оценивалась по возрасту.

Психомоторное развитие: голову держит плохо в положении лежа на животе и в вертикальном положении, фиксирует взгляд, прослеживает кратковременно, выраженные рефлексы автоматической ходьбы, переворачивается на живот, попытки встать на четвереньки. Не сидит, не стоит.

Заключение: учитывая данные осмотра, нельзя исключить синдромальную генетическую патологию. На момент осмотра диагноз трактуется как ДЦП: спастический тетрапарез. GMFCS V уровень. Симптоматическая эпилепсия. Задержка психо-моторного развития. Множественные врожденные пороки развития.

**Рекомендовано:**

- Анализ крови на концентрацию вальпроевой кислоты в крови до приема препарата и через 2 часа после приема препарата

- Рассмотреть вопрос о проведении ботулинотерапии из расчета 10 Ед/кг по ботоксу, либо 30 Ед/кг по диспорту

- Консультация генетика МГНЦ РАН (ул. Москворечье д.1 8495-111-03-03)

- Видео-ЭЭГ-мониторинг сна

- Контроль МРТ головного мозга в плановом порядке

- Элькар 30% раствор по 1 мл 2 р/день, утро, обед, курс 2 месяца

- Гаммалон по 500 мг 2 р/сутки, курс 1 месяц

- Реабилитационная терапия курсами по м/жительства

Результат лечения - без перемен



Выписывается домой.

Контактов с инфекциями нет.

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

- Наблюдение хирурга, гастроэнтеролога, невропатолога по м/жительства
- Соблюдение режима дня и питания
- Следить за регулярным опорожнением кишки. При отсутствии стула или неполном опорожнении кишки в течение 1,5-2-х суток – очистительная клизма.
- Консультация врача ЛФК, Массаж – курсами 3р/год.
- Тримедаг 25мг x 3 р/день за 15мин. до еды – 1 месяц – курсами 4 р/год.
- Форлакс (4г) или Экспортал (5г) Или Дюфалак (5мл) x 1 р/день утром сразу после еды – 1 месяц – курсы 3-4 р/год.
- Госпитализация в отделение Восстановительного лечения РДКБ по ВМП, дату согласовать с учетом комиссии по госпитализации.
- На основании наличия у ребенка нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости в мерах социальной поддержки, включая реабилитацию, и в соответствии с ПРИКАЗОМ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О КЛАССИФИКАЦИЯХ И КРИТЕРИЯХ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» рекомендовано направить ребенка на медико-социальную экспертизу по месту жительства.

Врач-детский хирург

Зав. отделением, к.м.н

Врач эксперт



Пичугина М.В.

Щербакова О.В.

Брюсова И.Б.