

Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №22»
196657, Санкт-Петербург, Колпино,
пр. Заводской, д. 1



**ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
АДМИНИСТРАЦИЯ КОЛПИНСКОГО
РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**Санкт - Петербургское
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 22»
Отделение паллиативной помощи**

Заводской пр., д.1, г. Колпино

Санкт-Петербург, 196657

т. 8(812)246-72-65, e-mail: palliativ.dgb22@gmail.com

Выписка из истории болезни №10128.

Ф.И.О пациента: Вавишин Александр Сергеевич

Дата рождения: 03.03.2006

Находился в отделении паллиативной помощи с 02.11.2021 по 15.12.2021г.

Поступил в отделение переводом из СПб ГБУЗ «ДГМКЦ ВМТ им.К.А.Раухфуса» с целью паллиативной помощи после перенесённой рельсовой травмы от мая 2021г. по заключению комиссии СПб ГБУЗ «ДГМКЦ ВМТ им.К.А.Раухфуса» от 01.11.2021 г., в связи с тяжестью повреждения ЦНС, отсутствием показаний для нейрохирургического лечения и наличием показаний для паллиативной терапии. Мать ознакомлена с заключением комиссии 02.11.2021 г., получено согласие на оказание паллиативной помощи Вавишиной Татьяны Александровны (от 02.11.2021 г.).

Анамнез жизни: От I беременности, срочных оперативных родов, длина 51 см, вес 3,5 кг. Состояние после рождения удовлетворительное. К груди на 3 сутки. Выписан на 10 сутки. Развитие по возрасту. Наблюдался неврологом с 12 лет по поводу головных болей. Пищевая аллергия на белок коровьего молока (со слов матери). Травм головы до рельсовой не было, судорог не было. Перенесенные заболевания: ОРВИ редко. Привит по графику (со слов). Детские инфекционные заболевания - не болел. В контакте с гепатитом, tbc и другими инфекционными больными не состоял. Наследственность не отягощена.

Анамнез болезни: Известно, что 03.05.2021 около 15:00 ушёл гулять. Сбит пригородным электропоездом, со слов матери вероятно самостоятельно прыгнул на рельсы. Место происшествия точно неизвестно. Доставлен СМП экстренно в крайне тяжёлом состоянии как неизвестный мужчина в НИИ СП им. Джанилидзе, с тяжелой сочетанной травмой головы, груди, живота и конечностей. По экстренным показаниям ребенку была выполнена декомпрессивная трепанация черепа в правой лобно-теменно-височной области, ревизия вдаленных переломов, удаление эпидуральных и субдуральных гематом. 04.05.2021г. по возрасту был переведен в ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса, где 04.05.2021г была выполнена КПТЧ, удаление эпидуральной гематомы в области левой лобной доли от 04.05.2021г. Находился в отделении ОРИТ с 04.05.2021г по 15.06.2021 г., а 15.06.2021 г. в тяжелом, стабильном состоянии переведен в 5нхо. В нейрохирургическом отделении продолжил получать консервативное лечение (антибактериальную, противосудорожную, гастропротективную, метаболическую, миорелаксанты, анальгетическую, местно-ингаляции, перевязки, ФТЛ, ЛФК и массаж). На этом фоне положительная динамика в виде выхода в малое сознание, понимания обращенной речи, появления глотательных движений, расширения двигательной деятельности за счет правых конечностей. 07.07.2021г ребенку в динамике выполнена КТ - головного мозга на котором по сравнению с 18.05.2021г отмечается отрицательная динамика в виде расширения желудочковой системы с признаками напряжения, формирования субдуральных гигром малого объема с двух сторон,

двух эпидуральных хр. гигром в области левого полушария с компрессией прилежащих отделов головного мозга. Учитывая отрицательную динамику по КТ от 07.07.2021 г, напряжение и значительное пролабировакие кожно-апоневротического лоскута и отсутствие динамики к его западению, эпизод тонического напряжения конечностей, ребенку показано оперативное лечение в объеме - ВПШ в левой т. Кохера клапаном среднего давления. 21.07.2021 г. операция: вентрикулоперитонеальное шунтирование клапаном среднего давления фирмы Medtronic в левой точке Кохера. В ходе операции при пункции левого бокового желудочка был получен ликвор под высоким давлением. В общем анализе ликвора от 21. 07. 21 г цитоз 12/3, белок 0, 03 г/л. В первые сутки ребенок находился в ОРИТ, где получал антибактериальную, анальгетическую, метаболическую, противосудорожную терапию. В ночь с 21.07.2021 г на 22.07.2021г отмечалась однократная рвота по типу «кофейной гущи». Стула не было.

22.07.2021 г. ребенку проведена ФЭГДС — дистальный фиброзно-эрозивный эзофагит. ГЭР? Микотическое поражение пищевода? Поверхностный распространенный гастродуоденит. На момент осмотра данных за продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение нет. В неврологическом статусе за время нахождения в ОРИТ, без отрицательной динамики. Сознание- малое, обращенную речь понимает. Очаговая симптоматика без нарастания. 22.07.2021 г был переведен в нейрохирургическое отделения для продолжения лечения. В отделении продолжил получать антибактериальную терапию (Цефтриаксон по 2гр в сутки с 21.07.2021 г),противосудорожную, центральную миорелаксирующую, метаболическую,пробиотическую, гастропротективную, гипотензивную. Проводились перевязки. Отмечалось увеличение объема отходящей через ТСТ мокроты, требовал более частой санации. 23.07.2021г вечером отмечался подъем температуры тела до фебрильных цифр (38, 6 Гр С). На утром 24.07.2021г ребенок вялый, сонливый, продолжает лихорадить до фебрильных цифр. Отмечалась потливость, умеренная гиперемия кожных покровов лица, грудной клетки, холодность конечностей. Учитывая отсутствие очаговых инфильтрационных изменений на рентгенографии ОГК, выраженных воспалительных изменений в КАК, ребенка была проведена с диагностической целью люмбальная пункция. В анализах ликвора от 24.07.2021г — нарастания цитоза 366 * 10/6 (1100/3), белок 0, 8 г/л. В связи с признаками шунт — инфекции ребенку была произведена смена антибактериальной терапии (назначен Ванкорус по 1,0 гр * 3р/сутки и Меронем по 1,0 * 3р/ сутки с 24.07.2021 г). В течение 7 дней получал антибактериальную терапию, на этом фоне отмечалась нормализация температуры тела, при повторной люмбальной пункции от 30.07.2021 г — цитоз 59, 0/3, нейтрофилов 3,0., лимфоцитов 55.0.

В динамике был осмотрен травматологом, учитывая положительную динамику — обильные грануляции по раневой поверхности правой стопы, было рекомендовано подготовить ребенка к оперативному лечению — ауто дермопластика раны. 04.08.2021г — выполнено оперативное лечение аутодермопластика раны, Операция прошла без осложнений. В течение 1 суток ребенок находился в ОРИТ, где продолжил получать консервативное лечение, проведена замена ТСТ., проведено фибротреахеобронхоскопия- двусторонний катаральный эндобронхит. 05.08.2021г ребенок был переведен в нейрохирургическое отделение в стабильном состоянии.

К вечеру 05.08.2021г отмечается подъем температуры тела до 38°C, плохо поддающаяся купированию НПВС. 06.08.2021г ребенку проведена люмбальная пункция — цитоз 2400/ 3, нейтрофилов — 2020. Вентрикулярный ликвор — цитоз 290/3, нейтрофилов 202. После получения результатов анализов, ребенок был обсужден с зав. отд. Кириченко К. Н., учитывая разницу в результатах анализов, было решено воздержаться от удаления ВПШ и постановки наружного дренажа, продолжить консервативное лечение в прежнем объеме с добавлением — введение Ванкомицина интратекально в дозировке 50 мг 1 раз в сутки. 09.08.2021 г повторно проведена люмбальная пункция - ликвор ксантохромный, в общем анализе цитоз - 903/ 3, нейтрофилов 753. Учитывая течение вентрикулита, сохраняющуюся лихорадку, ребенку 10.08.2021г была произведена операция — удаление ВПШ, наложение наружного дренажа в левой т. Кохера. Операция прошла без осложнений. Ребенок был консультирован клин, фармакологом Рау Н.А.,осмотрен педиатром, рекомендовано

произвести смену антибактериальной терапии - «Цефоперазон+ Сульбактам» по 4гр* 3р/день., «Фосфомицин» по 3гр* 3 р/день.

11.08.2021г при осмотре — кожно-апоневротический лоскут выбухает, сохраняется лихорадка, по дренажу мутного цвета ликвор с примесью крови, поступает редкими каплями.

По НСГ — расширение желудочковой системы. **По КТ головного мозга от 11.08.2021 г** — отрицательная динамика в виде нарастания гидроцефалии, с перивентрикулярным отеком, прилегание вентрикулярного дренажа к стенке бокового желудочка. Учитывая отрицательную динамику в клиническом течение заболевания и дисфункция ВПШ ребенку в экстренном порядке проведено оперативное лечение - удаление наружного дренажа, повторная реимплантация наружного дренажа в левую т. Кохера. Операцию перенес удовлетворительно. В течение недели с момента оперативного лечения ребенок не лихорадил, по дренажу санировался ликвор в динамике с улучшением. В общем анализе ликвора от 20.08.2021г цитоз 11/ 3, лимфоцитов 8., белок не определяется. Учитывая положительную динамику на фоне постановки наружного дренажа и проведения антибактериальной терапии, ребенку проведено 23.08.2021г - оперативное лечение - удаление наружного дренажа, имплантация ВПШ среднего давления в левую т. Фрейзера. Операцию перенес удовлетворительно. В послеоперационном периоде - в неврологическом статусе — без отрицательной динамики. Сознание малое. Доступен элементарному контакту. Без нарастания очаговой неврологической симптоматики. Соматически стабилен. Местно — наблюдалось пролабирование кожно-апоневротического лоскута. При контрольном КТ - головного мозга 24.08.2021г. — отмечается увеличение размеров боковых желудочков, асимметричные за счёт VLD, расширены: VLD = 4,6 (4,6) см, VLS = 3,1(3) см (на уровне отверстий Монро), височные рога: справа 4 (4) см, слева 2,3 (2)см. III желудочек баллонообразно расширен до 2,3 (2,4) см. Сагиттальный размер V4 = 1,9 (1,8) см. Отмечалось снижение плотности перивентрикулярного вещества шириной до 1,1см, вероятно за счет отека. Шунт ВПШ проходит через затылочную кость слева, по медиальной стенке заднего рога левого бокового желудочка, конец в области нижне-медиальной стенки пролабирует в ткани мозга до 1,3 см, по ходу шунта прослеживаются пузырьки воздуха (пневмоцефалия), шунт непрерывен. Учитывая **КТ- признаки дисфункции шунта** (некорректное положение вентрикулярного отрезка ВПШ, нарастание гидроцефалии с перивентрикулярным отеком), а также анатомическими особенностями строения основания черепа — базилярной импрессией, было решено консилиумом в составе исполняющего обязанности заведующего отделением Максименко В. Г., врачом нейрохирургом отделения Пряниковым М. В., лечащим врачом- Бакшеевой А. О., провести повторное оперативное лечение — ревизия, удаление и реимплантация вентрикулярного отрезка ВПШ. 24.08.2021г — операция - ревизия, реимплантация вентрикулоперитонеального отрезка ВПШ под контролем УЗ-навигации в левую точку Фрейзера. Оперативное лечение прошло без осложнений. В первые часы после операции было проведено КТ головного мозга с целью контроля положения вентрикулярного отрезка ВПШ. **По КТ головного мозга** - шунт ВПШ проходит через затылочную кость слева по медиальной стенке заднего рога левого бокового желудочка, конец в области нижне-медиальной стенки упирается в ткани мозга до 4 мм (ранее до 13 мм). В сравнении с МСКТ исследованием от 24.08.2021 **несколько уменьшились размеры желудочковой системы, появление воздуха по ходу шунта**, в области борозд затылочной и теменной долей, в височном роге слева. Первые сутки после операции ребенок находился в отделении ОРИТ, где получал противоотечную, метаболическую, антибактериальную, анальгетическую и симптоматическую терапию. Местно-кожно-апоневротический лоскут не напряжен. Помпа ВПШ работала удовлетворительно. 25.08.2021г ребенок в стабильном состоянии переведен в нейрохирургическое отделение для дальнейшего лечения. В отделении продолжил получать антибактериальную, метаболическую, противосудорожную, анальгетическую терапию, также получал препараты группы миорелаксантов центрального действия. Проводились занятия с ЛФК, массаж. Соматически состояние ребенка оставалось тяжелым (по основному заболеванию), стабильным. С 26.08.2021г на 1 сутки после проведенного оперативного лечения отмечался подъем температуры до субфебрильных цифр, увеличение продукции мокроты, беспокойство ребенка. Был осмотрен педиатром, с рекомендацией продолжить антибактериальную терапию. С 31.08.2021г ребенок стал лихорадить до 38,5 гр., отмечалась вялость и сонливость, изменение характера мокроты.

Ребенку, учитывая ранний послеоперационный период после имплантации ВШС, была проведена люмбальная пункция. В общем анализе ликвора от 31.08.2021 г — цитоз 12/3, лимфоцитарный. Проведено КТ легких — очаговых инфильтративных изменений не обнаружено. Проведено **УЗИ ОБП и малого таза** - без патологии. Осмотрен ЧЛХ — для исключения воспалительного процесса в ротовой полости - данных за острую патологию челюстно-лицевой области нет. Осмотрен врачом-пульмонологом - состояние расценено как обострение вторичного бронхита, рекомендовано дообследование: посев отделяемого из носа и зева, и посев мокроты на флору. ПЦР из зева и носа : на микоплазму, хламидии, парагрипп. ПЦР на: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Human parainfluenza* — не обнаружено. С клиническим фармакологом согласовано продлить антибактериальную терапию (Цефеперим+ Сульбактам, Фосфомицин). Осмотрен педиатром — рекомендован посев мочи на флору. В посевах из зева на флору и в мокроте от 04.09.2021 г - обнаружился рост *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*. В посевах из носа 04.09.2021 г- роста нет. Посев мочи 04.09.2021 г- роста нет. Осмотрен лор-врачом по КТ — околоносовых пазух — КТ-признаки сфеноидита. Повторно осмотрен пульмонологом и педиатром - рекомендовано к терапии добавить длительно «Азитромицин». Через сутки ребенку повторно взят общий анализ ликвора - цитоз 18/3. Осмотрен ЛОР-врачом по КТ — околоносовых пазух — КТ-признаки сфеноидита. На фоне проводимой антибактериальной инфузионной и местной терапии (ингаляции с флуимуцилом АБ) терапия состояние ребенка стабилизировалось. Антибактериальная терапия отменена (инфузионная с 10.09.2021 г, ингаляции с 13.09.2021 г). 16.09.2021 г — в асептических условиях произведена замена ТСТ на Ø7, 5.

Местно на момент лечения:

1. кожно-апоневротический лоскут не выбухает, передает пульсацию головного мозга. Послеоперационные рубцы в лобной и затылочной областях, по наружной поверхности шеи слева, на животе, в области левого бедра без воспалительных изменений. Помпа шунта функционирует, прокачивается удовлетворительно.
2. область ТСТ и гастростомы без воспалительных изменений.
3. область правой культи- кожный лоскут без признаков воспаления, состоятелен. В нижнем углу раны визуализируется небольшой пролежень размером 0,5 * 0,5 см, эпителизируется. Проводились перевязки с дермазином.

Обследован инструментально в ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса:

Электроэнцефалограмма 12.07.2021 г: На ЭЭГ выраженные изменения с дезорганизацией основной ритмики, нарушением корково-подкорковых взаимоотношений, акцент изменений по правому полушарию. Очаговые изменения, пароксизмальная, эпилептиформная активность в данной записи не зарегистрированы.

УЗИ ОБП 01.09.2021 г: Заключение: УЗ-картина без патологии. Дополнительно: Мезентериальные лимфоузлы не увеличены. В малом тазу лоцируется анэхогенный выпот объемом 40 мл.

УЗИ почек и мочевого пузыря 01.09.2021 г: Заключение: УЗ картина осадка в мочевом пузыре., локальное утолщение стенки мочевого пузыря? расширение правого мочеточника?.

КТ головного мозга 24.08.2021 г: При МСКТ исследовании головного мозга, выполненном по стандартной программе, получены аксиальные срезы суб- и супратенториальных структур. Определяется обширный трепанационный дефект правых лобной, теменной и височной костей размером 14x12 см, через который пролабирует мозговое вещество примерно до 1,2 см; дефект лобной кости слева, прикрыт костным лоскутом. Отмечается увеличение размеров боковых желудочков, асимметричные за счёт VLD, расширены: VLD = 4,6 (4,6) см, VLS = 3,1 (3) см (на уровне отверстий Монро), височные рога: справа 4 (4) см, слева 2,3 (2) см. III желудочек баллонообразно расширен до 2,3 (2,4) см. Сагиттальный размер V4 = 1,9 (1,8) см. Отмечается снижение плотности перивентрикулярного вещества шириной до 1,1 см, вероятно за счет отека. В правом полушарии (в области лобной, височной и теменной долей) зоны пониженной плотности с включениями ликвора размером до 1,5 см. Дифференцировка белого и серого вещества сохранена. Срединные структуры не смещены.

Субарахноидальные пространства по конвекситальной поверхности лобных долей локально расширены до 0,8 см. Расширено ретроцеребеллярное пространство. По конвекситальной поверхности правых височной и теменной долей отмечается скопление ликвора до 0,8 см (гидрома). По ходу межполушарной щели прослеживаются участки обызвествления. Шунт ВПШ проходит через затылочную кость слева по медиальной стенке заднего рога левого бокового желудочка, конец в области ниже-медиальной стенки пролабирует в ткани мозга до 1,3 см, по ходу шунта прослеживаются пузырьки воздуха (пневмоцефалия), шунт непрерывен. Цистерны основания мозга сужены. Охватывающая цистерна просматривается фрагментарно, сужена. Пристеночное утолщение слизистой оболочки клиновидных пазух до 4 мм.

КТ головного мозга 24.08.2021г после повторной операции: Шунт ВПШ проходит через затылочную кость слева, по медиальной стенке заднего рога левого бокового желудочка, конец в области нижнемедиальной стенки упирается в ткани мозга до 4 мм (ранее до 13 мм), по ходу шунта прослеживаются пузырьки воздуха в большем количестве, пузырьки воздуха по ходу борозд затылочной и теменной долей слева, воздух в височном роге левого бокового желудочка, по конвекситальной поверхности затылочной доли слева (пневмоцефалия). Цистерны основания мозга сужены. Охватывающая цистерна просматривается фрагментарно, сужена. Заключение: КТ картина послеоперационных, кистозно-атрофических изменений головного мозга, ВПШ, гидроцефалия, пневмоцефалия. В сравнении с МСКТ исследованием от 24.08.21 10:45 несколько уменьшились размеры желудочковой системы, появление воздуха по ходу шунта, в области борозд затылочной и теменной долей, в височном роге слева.

КТ органов грудной клетки 31.08.2021г: При МСКТ исследовании органов грудной клетки, выполненном (без задержки дыхания, на фоне анестезиологического пособия), трахеостомическая трубка находится в трахее, конец на 23 мм выше уровня бифуркации. Инфильтративных изменений в легких не выявлено. Пневматизация легочной ткани неравномерная за счет наличия линейных участков уплотнения в S10 нижней доли правого и в S8 нижней доли левого легкого (формирующиеся фиброзные изменения), единичные участки уплотнения легочной ткани в базальных отделах S9, S10 левого легкого (вероятно вентиляционные изменения на фоне анестезиологического пособия). Бронхи 1-3 порядка проходимы, не деформированы. Лимфатические узлы средостения и корней легких не увеличены (до 7 мм), структурно не изменены. Жидкости в плевральной полости не определяется. В области вхождения трахеостомы в трахею слева прослеживаются кальцинаты (обызвествления хрящевой ткани?). Отмечаются костные фрагменты в области стернального конца левой ключицы, в области переднего отрезка I ребра слева (посттравматические изменения). Заключение: КТ картина линейных участков уплотнения легочной ткани в S10 нижней доле правого и S8 нижней доле левого легкого (формирующиеся фиброзные изменения), участки уплотнения легочной ткани в базальных отделах S9, S10 левого легкого (вероятно вентиляционные изменения на фоне анестезиологического пособия).

ЭКГ от 21.09.2021г. Заключение: ЧСС = 86 уд. в мин., синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Поворот по часовой стрелке, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, диффузные нарушения процессов реполяризации (обменные), погранично удлиненный корригированный интервал QT. По сравнению с ЭКГ от 26.08.21г. нормализация ЧСС, улучшение процессов реполяризации, стал выше вольтаж QRS в отведении V5 и в отведениях от конечностей.

ЭЭГ от 21.09.2021г: Заключение: На ЭЭГ довольно выраженные изменения с дезорганизованным основным ритмом с нарушением корково-подкорковых взаимоотношений. Очаговые изменения, эпилептиформная активность в данной записи не зарегистрированы.

23.09.2021 г. ребенок был переведен для реабилитационного лечения в ДГБ №22. Получал консервативное лечение: противосудорожную, сосудистую, витамины, препараты группы ноотропов, ЛФК, ФТЛ, массаж.

25.10.2021 переведён в ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса с целью удаления трахеостомической канюли.

27.10.2021 г. – видеоларинготрахеоскопия, противопоказаний к деканюляции эндоскопически не выявлено.

27.10.2021 г. – видеоларинготрахеоскопия, противопоказаний к деканюляции эндоскопически не выявлено

28.10.2021- Закрытие трахеостомы, деканюляция .

Динамика антропометрических показателей:

Возраст	Масса (гр)	Длина/рост (см)	Ок. головы (см)	Окр. груди (см)
15 лет	46,75	-	-	-

Лабораторные и инструментальные обследования:

Клинический анализ крови:

Дата	03.11.21	06.11.21	16.11.21	25.11.21	26.11.21	29.11.21
WBC	7,11	13,1	6,18	8,56	5,67	4,42
RBC	4,69	4,91	4,56	5,24	4,85	5,07
Hb, г/л	131	137	128	147	138	143
Hct, %	38,6	40,7	38,7	44	40,4	41,7
MCV fL	82,3	82,9	84,9	84	83,3	82,2
MHCH г/л	339	337	331	334	342	343
PLT	224	255	202	173	150	177
п/я (%)	2	5	2	10	9	2
с/я (%)	57	21	53	76	55	36
эоз (%)	1	1	2	0	0	2
баз (%)	0	0	1	0	0	0
лим (%)	32	14	36	10	26	50
мон (%)	8	9	6	4	10	10
прочее	Пойкилоц.1	-	-	токс зерн.1	-	-

Общий анализ мочи:

Дата	цвет	плотн.	прозр.	pH	белок	глк	Leuc	Er	соли	бакт.
03.11.21	св-ж	1008	ая	6	0	0	2	0	0	0
25.11.21	желт	1030	ая	6,5	0,3	0	2-2-3	2-3-4	0	1
29.11.21	св.ж	1005	ая	6,5	Не обн	Не обн	2-3-4 в п/зр	0-1-2 в п/зр	0	0

Биохимический анализ крови:

Дата	03.11.	06.11	26.11	01.12
АЛТ/АСТ, МЕ/л	8/-	-	23/19	26/16
Глюкоза, ммол/л	5,9	-	5,3	-
ЩФ (ALP), МЕ/л	-	-	-	-
О.белок, г/л	55	67	61	66
Амилаза сыв.,	-	56	35	-

Ед/л				
CRP, мг/л	188	3	248	2,7
Креатинин мол/л	50	-	56	69
Мочевина, ммол/л	3,8	-	3,5	3,4
КФК, Ед/л	-	196	-	-
Холестерин, ммол/л	-	4,1	-	-
Альбумин, г/л	-	-	-	41
Прокальцитонин, нг/мл	0,05	-	-	01.12.- 0,06

Электролиты:

Дата	K ⁺ ммол/л	Na ⁺ ммол/л	Cl ⁻ ммол/л	Mg ²⁺ ммол/л	P ⁵⁺ неорг. ммол/л	Ca ²⁺ ион. ммол/л	Ca ²⁺ общий ммол/л
03.11.21	3,6	132	-	-	-	-	-
06.11.21	-	139	-	0,85	-	-	-
26.11.21	3,9	145	-	0,67	0,88	-	-

Железокомплекс:

Дата	Fe (сыв) моль/л	Ферритин нг/мл	ОЖСС	СЖСС	Трансферрин	Ферропортин
06.11.21	13,4	-	-	-	-	-

Бактериологические исследования биоматериала:

Дата	матер.	возбудитель	кол-во (КОЕ/мл)	чувствительность
05.11.2021	ВДП нос	Ps. aeruginosa	обильно	полирезистентный
05.11.2021	ВДП зев	Ps. aeruginosa	обильно	полирезистентный
08.12.2021	ВДП зев	Ps. aeruginosa	обильно	полирезистентный
08.12.2021	ВДП нос	Ps. aeruginosa	скудно	полирезистентный

Инструментально:

- ЭКГ от 03.11 – Синусовая тахикардия с ЧСС = 100 уд. в мин. Отклонение ЭОС вправо. Вертикальная ЭП. Нарушение процессов реполяризации желудочков. От 08.12. – Синусовая тахикардия с ЧСС = 91 уд. в мин. Отклонение ЭОС вправо. Вертикальная ЭП. Нарушение процессов реполяризации желудочков.
- УЗИ ОБП от 12.11 – умеренная гепатомегалия.
- Rg ОГК от 03.11. – Очаговых и инфильтративных изменений достоверно не выявлено: в прикорневых отделах усилен лёгочный рисунок. Лёгочные корни малоструктурны, не расширены. Средостение не расширено. Контуры диафрагмы чёткие. Реберно-диафрагмальные синусы свободные. Тень, характерная для ВПЩ.
- Rg ТБС от 01.12.2021 (№2743-2744): соотношения в суставах сохранены, рентгеновская суставная щель справа и слева не сужены. Головки правого и левого бедра уплощены. Шейки правого и левого бедра вальгусно изменены. Выраженные неоднородные обызвествления в проекции шейки и проксимальной 1/3 диафиза левой бедренной кости по медиальному краю ~35*52,5 мм.

Консультации специалистов:

1. Офтальмолог от 03.11 – риск офтальмоксероза.
2. ЛОР от 15.11. – без острой ЛОР-патологии; от 09.12.- Без острой ЛОР патологии.
3. Ортопед от 24.11 – Множественные контрактуры суставов конечностей. Состояние после ампутации 2/3 пр. стопы. Левосторонний сколиоз ГПОП I ст.
4. Невролог от 05.11, 16.11., 06.12. - Последствия рельсовой травмы: сочетанной травмы головы и ушиба головного мозга тяжелой степени, грудной клетки, позвоночника и конечностей. Состояние после оперативных вмешательств: ДКТЧ в правой лобно-теменно-височной области от 03.05.2021 Ампутация переднего отдела правой стопы по Шарпу от 06.05.2021г. Чрескожная лапароскопическая гастростомия 31.05.2021г. Имплантация ВПШ среднего давления (Codman) в левую точку Фрейзера от 23.08.2021г. Последствия открытой черепно-мозговой травмы, ушиба головного мозга тяжелой степени с формированием контузионно-геморрагических очагов, внутримозговых гематом, острых двусторонних эпидуральных гематом в лобной области, острой эпидуральной гематомы затылочной области. САК. Посттравматическая гипорезорбтивная шунтозависимая тетраентрикулярная гидроцефалия. Выход из апаллического синдрома. Левосторонний гемипарез. Комплексная моторная афазия. Реконвалесцент компрессионного перелома тел Th III, VI, IX позвонков. Состояние после ампутации 2/3 правой стопы. Обменная кардиопатия. Носитель гастростомы. Закрытие трахеостомы, деканюляция от 28.10.2021 г.

За время нахождения в отделении получал терапию:

1. Лечебно-охранительный режим.
2. Диета ОВД - 15 стол + м/смесь "Пептамен " допаивался водой.
3. Санация ВДП по показаниям
4. Смена положения тела, противопрележневые мероприятия (8 р/сут)
5. Чистка зубов, обработка кожи (2 р/сут), гигиенический уход.
6. Обработка гастростомы р-ром хлоргексидина (2 р/сут)
7. Физическая терапия: позиционная терапия (профилактика аспирационного синдрома после еды под 45°, усаживать в постели). Временно ограничить методики пассивной ЛГ.

Внутрь в ГСТ	
таб. Азитромицин 250 мг * 3 раза в неделю 3 месяца	02.11 – 06.12
таб. Карбамазепин 200 мг * 2 р/сут длительно	02.11 – 06.12
Эссенциале форте по 1 кап. * 3 р/сут	02.11 – 06.12
Микролакс * 1 р/сут.	по показаниям
Эспумизан 1 таб. * 5 р/сут	
Фенибут 250 мг, ½ таб. утром и днём, 1 таб. на ночь	16.11 – 06.12
Баклосан 20 мг * 3 р/сут.	02.11-06.12
Лактулоза 20,0	02.11 – 06.12
Мидокалм 50 мг * 3 р/сут.	02.11 – 08.11
Внутривенно:	
S. Glucosae 5% - 400.0 + S. Ringeri – 500.0	26.11
S. Ringeri – 500.0	27.11
Местно:	
Биклотимол 1 впр. * 3 р/сут	05.11 – 06.12
Холисал об-ка 3 р/сут.	10.11 – 06.12
При головных болях – 100 мг кетопрофена ректально	По показаниям

Проводились курсы массаж, лечебная физкультура индивидуально длительным курсом.

Соматически: Общее состояние мальчика по совокупности данных тяжёлое, стабильное. Самочувствие не страдает. Температура тела на нормальных цифрах. Судорог нет. При перемене положения тела в постели возни кратковременный горизонтальный нистагм.

На осмотр реагирует стоном, умеренным сопротивлением. Пытается общаться жестами (не всегда правильно): показывает, где болит, показывает пальцами «да – нет». Дефект больших размеров в области правой половины мозгового черепа. ВПШ слева. Слух, зрение ориентировочно не нарушены. Зрачки $S = D$, ФТР ослаблена справа, нистагма нет. За предметом не следит, взгляд с объекта на объект переводит, фиксирует. Глазные щели $S = D$. Движение глазных яблок - расходящееся косоглазие OS. Язык в полости рта по центру. Глотание снижено, обильного слюнотечения нет. Фонация умеренно снижена, звуки. Мимика асимметрична - слева открывает-закрывает глаз более заторможено. Мышечный тонус в верхних конечностях повышен $S > D$. Движения в правой руке произвольные без нарушения объема движения, в левой снижено разгибание в локтевом суставе до 110гр, флексорная установка левой руки, пальцы сжаты сильнее в дистальных отделах 2,3,4 пальцев. Мышечный тонус в нижних конечностях повышен в левой ноге. Движения в правой ноге в полном объеме. Правая нога - ампутация 2/3 стопы. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, $S > D$. СХР с ног спастичные $S > D$. Движения активные в левых конечностях снижены, пассивные затруднены, акцент в в/к. С-м Бабинского слева+, справа+/-.

Менингеальных знаков нет. Ребенок удерживает позу сидя, переворачивается на левый бок, активно двигает правыми конечностями. Рисует петли, ест с ложки, иногда поперхивается. Целенаправленные движения умеренно затруднены.

Кожные покровы бледно-розовой окраски, сыпи на теле нет. Череп деформирован: часть костной ткани в правой лобно-теменно-височной области удалена. Язык влажный, обложен серым умеренным налётом. В зеве без гиперемии и налётов. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Катаральный синдром отсутствует. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Изредка короткий продуктивный кашель. Явления острого катарального гингивита сохраняются, гигиена полости рта, необходима гигиена межзубных промежутков, очередная беседа проведена. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание в легких жёсткое, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД= 18-21 в мин., SpO_2 – 95-98 %. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС до 85уд. в мин. АД-113/66 мм. рт.ст. Отёков нет.

Живот симметричный, не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул нестабильный, склонность к запорам, чаще после микроклизмы. Планово принимает слабительное. Мочится в подгузник и самостоятельно. Темп диуреза достаточный.

Клинический диагноз заключительный:

Основной: Последствия рельсовой травмы: сочетанной травмы головы и ушиба головного мозга тяжелой степени, грудной клетки, позвоночника и конечностей. Состояние после оперативных вмешательств: ДКГЧ в правой лобно-теменно-височной области от 03.05.2021г. Ампутация переднего отдела правой стопы по Шарпу от 06.05.2021г. Чрескожная лапароскопическая гастростомия 31.05.2021г. Имплантация ВППШ среднего давления (Codman) в левую точку Фрейзера от 23.08.2021г. Реконвалесцент компрессионного перелома тел Th III, VI, IX позвонков. Последствия открытой черепно-мозговой травмы, ушиба головного мозга тяжелой степени с формированием контузионно-геморрагических очагов, внутримозговых гематом, острых двусторонних эпидуральных гематом в лобной области, острой эпидуральной гематомы затылочной области. САК. Посттравматическая

гипорезорбтивная шунтозависимая тетравертикулярная гидроцефалия. Выход из апаллического синдрома. Левосторонний гемипарез.

Осложнения основного: Обменная кардиопатия. Вторичный бронхит, ДН 0 ст., субремиссия. Комплексная моторная афазия.

Сопутствующий: Хронический носитель гастростомы. Закрытие трахеостомы от 28.10.2021 г. Пищевая аллергия (АБКМ? со слов матери). Простой маргинальный гингивит нижней челюсти, реконвалесцент. Паронихий II-III пальцев левой стопы, реконвалесцент.

Рекомендации:

1. Режим дня, достаточный сон. Утренний туалет глаз дистиллированной водой. На дневной сон и на ночь в глаза «Корнерегель».
2. Стол протертый гомогенизированный. Медленно увеличивать объем питания через рот. Уход за гастростомой.
3. Позиционная терапия: правильное позиционирование в течение суток, в т.ч. во время ночного сна. Организация анатомически верного положения сидя с использованием комнатной коляски для детей с ДЦП с регулируемым углом наклона спинки, углом наклона и высотой подножки, регулируемой шириной и глубиной сидения, с наличием фиксатора головы, тазового ремня и фиксатора груди (жилет). Тупора на голень и стопу без захвата колена на левую ногу, клиновидная подушка на сон и при сидении;
4. ЛФК самостоятельно ежедневно 4-6 р/сут по 15 мин. с сохранением максимально возможного объема пассивных движений в суставах.
5. Карбамазепин 200 мг х 2 р/д – длительно
6. Баклосан 0,01 1т х 2 р/д 2 недели, затем по 1/2т х 2 р/день 2 недели
7. Азитромицин 0,25 по схеме 3 р/неделю до февраля 2022
8. Эссенциале форте 1 капс х 3 р/д до января 2022
9. Фенибут 0.25 по 1/2 т утром+днем + 1т на ночь 2 недели, затем отмена повторно при беспокойстве, трудностями с засыпанием.
10. С целью профилактики вывихов головок бедренных костей - клиновидная подушка абдуктор на сон и при сидении; подушка ортопедическая под ноги (между коленными суставами).
11. Консультация врача - протезиста с целью изготовления протеза культы правой стопы, ортезов на голень, предплечья.
12. Наблюдение невролога, логопеда, ортопеда, ЛОР- врача, пульмонолога, нейрохирурга, уролога по м/жительства.
13. Консультация нейрохирурга с целью решения вопроса о краниопластике
14. Решение вопроса о ботулинотерапии на следующем курсе реабилитации при наличии оформленной инвалидности
15. Занятия с логопедом, фониатором по м/жительства и самостоятельно
16. Курс повторной реабилитации на базе неврологического отделения ДГБ №22 3-4 р/год
17. Лабораторно и инструментально: ОАК, ОАМ контроль по м/жительства каждые 3 недели, посев мочи на бак флору 1 р/месяц, ЭЭГ в январе 2022, КТ в феврале 2022, либо ранее по показаниям нейрохирурга/

Лет врач
Леснев
и.о. з. от

