



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы»

Выписка из истории болезни № 37931-16С

ФИО: Глаголева Александра Евгеньевна.

Возраст: 3 года (02.03.2013)

Находился в 29-м отделении реанимации и 22 инфекционно-боксованном отделении (мельцеровские боксы) с 04.05.2016 по 25.05.2016

Клинический диагноз: Двусторонняя полисегментарная аспирационная пневмония.

Осложнение основного заболевания: Дыхательная недостаточность 2 степени.

Сопутствующий диагноз: Синдром Эдварса, ВПС: субаортальный ДМЖП, состояние после перевязки ОАП от 05.04.13, 000, НК ПА. Бронхолегочная дисплазия, классическая форма. Порок развития головного мозга: гипоплазия мозжечка, ретроцеребеллярная арахноидальная киста. Компенсированная гидроцефалия. Гипоксическое-ишемическое поражение ЦНС: синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. Хронический аспирационный синдром. Спастический тетрапарез. Задержка психомоторного развития. Симптоматическая эпилепсия. ОУ-частичная атрофия зрительных нервов. Косоглазие сходящееся содружественное постоянное. ОУ-врожденные аномалии радужки. Носитель трахеостомы (от 04.02.14).

Анамнез заболевания: 02.05.16 повышение температуры тела до 38С, получила нуорофен. 03.05.16 повышение температуры тела до 39,5С. 04.05.16г. утром беспокойная, акроцианоз, «стонущее» дыхание, температура тела 40,7С. Вызвана СМП, сделан реланум 1,0мл, у ребенка отмечается апноэ, переведен на ИВЛ мешком Амбу, после чего госпитализирована в реанимацию 29 ОРИТ МДГКБ.

Состояние при поступлении в ОРИТ: Ребенок доставлен в отделение реанимации минуя приемный покой с направительным диагнозом: Эпилепсия. Эпистатус. Без венозного доступа. Общее состояние тяжелое. Сознание — медикаментозный сон, на болевые раздражители реагирует, большой родничок до 2,5 x 2,5 см, не выбухает, пульсацию передает. Менингеальной симптоматики на момент осмотра нет. Зрачки — миоз, D=S, фотореакция снижена. Лицо без грубой ассиметрии. Язык в полости рта по середине. Небные и глоточные рефлексы снижены. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, S=D. Дыхание через трахеостомическую трубку + мешок Амбу, аускультативно с двух сторон жесткое дыхание, ослаблено в нижних отделах, проводные разнокалиберные влажные хрипы. Перкуторно — легочный звук, ослабление в ниже-задних отделах. Из трахеи аспирируется слизисто-гнойная мокрота. Сердечные тоны приглушены. Деятельность ритмичная. Выслушивается легкий систолический шум. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастных норм. Живот не вздут, мягкий. Печень +2см из под края реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Стула и мочеиспускания на момент осмотра не было. Ребенок переведен на ИВЛ ВІРАР FiO2 50%; f-30; PEEP 5; 1:2

КЩС: Pn — 7,289; pCO2 40,2; pO2 266,8; BE - -6,7

ОАК: лейкоц — 10,1; Гемог-145; миелоциты 1; метамиелоциты П/я — 40% С/я 34%.

Обследования, проведенные в ОРИТ: рентген грудной клетки: двусторонняя бронхопневмония.

Проведенное в реанимации лечение:

- инфузионная терапия с целью коррекции и поддержания гидроионного -обмена 60мл\кг\сут
- антибиотикотерапия Цефоперазон\сульбактам 80 мг\кг\сут x 2р\д
- ингаляции: буденит 125мг x 3р\д; беродуал 10 кап x 3р\д
- антирефлюксная терапия мотилиум 1,0 мл x 3р\д
- в продолжении терапии: верошпирон 8мг x 2р\д; капотен 2мг x 2р\д; силденафил 3,5мг x 2р\д;
- противоотечная терапия — фуросемид 1,0 x 2р\д; дексазон 4мг x 3р\д

Для дальнейшего обследования и лечения ребенок переводится в 22 инфекционно - боксованное отделение

Состояние при поступлении в 22 отделение: Общее состояние тяжелое, стабильное. В сознании.

Познавательной деятельности нет. Глаза открывает, взгляд не фиксирует. Самостоятельные движения хаотичные, не целенаправленные. Зрачки средних размеров, OD=OS, фотореакция сохранена. Большой родничок до 2,5 x 2,5 см, не выбухает, пульсацию передает. Лицо без грубой ассиметрии. Язык в полости рта по средней линии. Небные и глоточные рефлексы снижены. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, S=D. Субфебрильно лихорадит. Кожные покровы розовые, умеренной влажности. Дыхание через трахеостомическую трубку с подачей увлажненного O2. Аускультативно с двух сторон жесткое дыхание, ослаблено в нижних отделах, проводные разнокалиберные влажные хрипы. Перкуторно легочный звук, ослабление в ниже-задних отделах. Из трахеи аспирируется слизисто-гнойная мокрота в большом количестве. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Выслушивается легкий систолический шум. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот не вздут, мягкий. Печень +2см из под края реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Стул самостоятельный кашицеобразный, без патологических примесей. Диурез достаточный.

08.05.16г На кожных покровах отмечается пятнисто- папулезная сыпь розового цвета по типу энтеровирусной экзантемы, с вечера жалобы на беспокойный сон. С 09.05.16г усиление беспокойства, приступами с

приведением конечностей к животу, резким разгибанием, «выворачиванием» верхних конечностей, переворачиванием с боку на бок, плачем (абдоминальный (?) болевой синдром) на фоне нарушения сна.

12.05.16г назначен морфин 2мг (0,2 мл/кг) п/к- без эффекта; увеличение дозы до 5мг в/в капельно в течении суток- приступы дистонических атак купированы 13.05.16г.

Вечером 21.05.16г. Рвота обильная по типу «кофейной гущи».

Проведено обследование:

1)Общий анализ крови

дата	Эр	Нб	тромб	лейк	п/я	с/я	эоз	лф	мон	Баз
04.05.16	4,79	145	125	10,1		85,8	0,3	7,3	6,6	
12.05.16	4,59	129	317	21,1		81,3	0,1	12,8	5,5	0,3
20.05.16	4,48	133,5	186	10,22	1	25	1	62	10	

2)Биохимический анализ крови.

	04.05.16	23.05.16	Норма
Общий белок	69	60	65-85 г/л
Альбумин	40,0		35-52 г/л
Мочевина	5,9	4,0	2,8-7,2 ммоль/л
креатинин		33	45-105 мкмоль/л
Билирубин общий	5,8		0-21 мкмоль/л
Билирубин прямой	2,0		До 3,4 мкмоль/л
Билирубин не прямой	3,8		До 16,5 мкмоль/л
Калий	4,0	4,7	3,5-5,1 ммоль/л
Натрий	140,0	135	135-145 ммоль/л
Хлор	102	102	98-107 ммоль/л
Кальций	1,13		1,13-1,32 ммоль/л
АлТ	102	78	До 44 Ед/л
АсТ	112	105	15-50 Ед/л
Щелочная фосфатаза		98	96-297 Ед/л
ЛДГ		378	110-295 Ед/л
Альфа-амилаза		32	До 100 Ед/л
СРБ		0,0012	До 0,005 г/л

3)Коагулограмма

	04.05.16	23.05.16	Пределы
Протромбиновый индекс по Квику	67,0	103,0	70,0-140,0%
МНО	1,34	0,98	0,80-1,20
Протромбиновое время	14,8	10,7	9,4-12,5сек
Фибриноген по Клаусу	3,41	2,53	1,89-3,89г/л
Тромбиновое время	20,4	25,6	15,8-25,0сек
АЧТВ	24,9	28,2	25,1-36,5сек
АЧТВ Ratio	0,81	0,92	

4)КЩС

Дата	pH	pCO ₂	pO ₂	BE	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Cl ⁻	глюкоза	лактат
04.05.16	7,289	40,2	266,8	-6,7	139	3,0	1,28	113	4,0	4,0
20.05.16	7,421	45,3	48,9	4,6	127	4,3	1,19	106	4,0	2,1

5)Общий анализ мочи

Дата	ОП	pH	белок	глюкоза	эпителий	лейк	эр	Соли	слизь
20.05.16	1011	7,5	0	0	-	0	0	-	-

6)Диастаза мочи 11.05.16г 63,3 Ед/л (норма до 500).

7)Рентгенография органов грудной клетки

04.05.16г. На рентгенограмме органов грудной клетки с наличием артефактов от медоборудования, пневматизация медиальных отделов обеих легочных полей снижена за счет обогащенного и деформированного легочного рисунка, на фоне которого нельзя исключить наличие перибронховаскулярных инфильтративных изменений. Правый корень малоструктурен. Левый корень частично перекрыт тенью средостения. Тень средостения не смещена, без особенностей. Контур диафрагмы ровный, четкий. Диафрагмальные синусы свободны. Проксимальный конец трахеостомической трубки прослеживается в просвете трахеи на уровне Тн3 позвонка. Проксимальный конец ЦВК визуализируется в проекции правых отделов тени средостения, на уровне Тнб позвонка. Заключение: Рентген-картина может быть обусловлена двухсторонней бронхопневмонией.

Доза: 0,022 мЗв

12.05.16г. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в горизонтальном положении на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка в центральных и медиальных отделах обеих легких определяется средней интенсивности неоднородная инфильтрация легочной ткани. Корни легких бесструктурны, расширены, корень левого легкого прикрыт тенью сердца. При сравнении с рентгенограммой от 4.05.2016 г отмечается отрицательная динамика в виде понижения пневматизации обеих легких, увеличения

объема и интенсивности инфильтрации легочной ткани с обеих сторон. Тень средостения умеренно смещена влево за счет укладки. Плевральные синусы свободны. Диафрагма расположена на уровне задних отрезков 8-ых ребер. Тень сердца не расширена. В проекции правой подключичной вены определяется тень ЦВК, идущего паравертебрально справа вниз, сосудистый конец которого расположен на уровне межпозвоночного промежутка Th5-Th6. Определяется тень трахеостомической трубки, конец ее определяется на уровне верхнего края Th3. На снимке отмечаются артефакты от медоборудования. Заключение: Рентгенологическая картина двусторонней полисегментарной пневмонии, течение. Отрицательная динамика. Доза: 0,016 мЗв.

8) Компьютерная томография головного мозга, костей черепа 18.05.16г. Срединные структуры не смещены. Желудочки мозга в размерах увеличены, боковые желудочки симметричные (D=S), на уровне тел до 27мм, III до 18мм, IV 16x12мм. Перивентрикулярно отмечается некоторое снижение плотности вещества мозга. На остальном протяжении зон измененной плотности в веществе больших полушарий, в мозжечке и стволе на уровне исследования не выявлено. Мозжечок уменьшен в размерах. Конвекситальные борозды и базальные цистерны дифференцированы, резко расширены. Субарахноидальные пространства расширены до 10мм. Отмечается ретроцеребеллярная киста, размером 50x28x36мм (ШхГхВ). Селлярная область выглядит обычно. Стволовые структуры без особенностей. В придаточных пазухах носа, ячейка сосцевидного отростка, мезатимпануме отмечается патологическое содержимое, субтотально выполняющие последние. Кости свода и основания черепа без особенностей. **Заключение:** КТ-признаки смешанной гидроцефалии, гипоплазии мозжечка, ретроцеребеллярной кисты. Двусторонний гайморит, этмоидит, двусторонний средний отит. Доза: 4,28 мЗв

9) Обзорная рентгенография органов брюшной полости 10.05.16г.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости в горизонтальном положении. В петлях кишки умеренное количество газа и кишечное содержимое. Признаков наличия свободного газа в брюшной полости не определяется. Купол диафрагмы расположен обычно, плевральные синусы свободны. Доза: 0,016 мЗв

10) УЗИ брюшной полости, селезенки, почек. 10.05.2016г. Печень: топография не изменена, размеры выше возрастной нормы, соотношение сегментов не изменено: правая доля – 91 мм, левая доля – 50 мм, первый сегмент – 15 мм. Паренхима обычной эхогенности, однородная. Сосуды не изменены, воротная вена в проекции до 5 мм, желчные протоки не расширены, не деформированы. Холедох в проекции ворот не расширен. Желчный пузырь: обычной формы, содержимое однородное, жидкостное. Стенки не уплотнены, не утолщены. Поджелудочная железа: топография не изменена, контуры четкие, ровные. Размеры увеличены: 10*12*15 мм, средней эхогенности, неоднородная. Вирсунгов проток не расширен, не деформирован. Селезенка: топография не изменена, контуры четкие ровные, паренхима обычной эхогенности, однородная. Размеры не увеличены 57*26 мм. Селезеночная вена в проекции ворот до 4 мм. Кишечник: визуализируемые фрагменты кишечника не дилатированы, перистальтика сохранена.

Брюшная полость: свободной жидкости и патологических включений не выявлено. Мезентериальные лимфоузлы не увеличены, до 7 мм. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** эхографические признаки диффузных изменений поджелудочной железы, увеличения размеров печени.

УЗИ брюшной полости, селезенки, почек. 23.05.2016г. Печень: топография не изменена, размеры выше возрастной нормы, соотношение сегментов не изменено: правая доля – 91 мм, левая доля – 50 мм, первый сегмент – 15 мм. Паренхима обычной эхогенности, однородная. Сосуды не изменены, воротная вена в проекции до 5 мм, желчные протоки не расширены, не деформированы. Холедох в проекции ворот не расширен. Желчный пузырь: обычной формы, содержимое однородное, жидкостное. Стенки не уплотнены, не утолщены. Поджелудочная железа: топография не изменена, контуры четкие, ровные. Размеры увеличены: 10*12*15 мм, средней эхогенности, неоднородная. Вирсунгов проток не расширен, не деформирован. Селезенка: топография не изменена, контуры четкие ровные, паренхима обычной эхогенности, однородная. Размеры не увеличены 57*26 мм. Селезеночная вена в проекции ворот до 4 мм. Кишечник: перистальтика сохранена, содержимое однородное, отмечается большое количество газов в тонкой и в восходящей ободочной кишке, отмечается дилатация подвздошного отдела кишки (21 мм) и терминального отдела прямой кишки (26,6 мм). Брюшная полость: свободной жидкости и патологических включений не выявлено. Мезентериальные лимфоузлы не увеличены, до 7 мм. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** эхографические признаки диффузных изменений поджелудочной железы, увеличения размеров печени, повышенного газообразования кишечника, дилатации подвздошного отдела кишки (21 мм) и терминального отдела прямой кишки (26,6 мм).

11) ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ 23.05.16г. Фиброскоп свободно введен в пищевод. Слизистая пищевода бледная, блестящая. Складки кардии несколько утолщены, дефектов слизистой гиперемии нет. В желудке небольшое количество желудочного содержимого. Слизистая желудка бледная. Дефектов слизистой нет. В луковице и нисходящем отделе 12пк дефектов слизистой нет. Слизистая бледно-розовая. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Видимых изменений слизистой пищевода, желудка и 12пк нет

12) Нейросонография 11.05.16г. Размер большого родничка крайне мал, что затрудняет визуализацию. Структуры головного мозга расположены правильно. Ликворная система:

Боковые желудочки – Косой размер переднего рога: справа 14,6 мм, слева 17,7 мм. Подоболочечное пространство по конвекситальным отделам полушарий расширено до 8,4 мм. Межполушарная щель – 10,9 мм, расширена. Структурные изменения: Эхогенность перивентрикулярных зон умеренно повышена. Зрительные бугры без особенностей. Сосудистые сплетения эхооднородные, симметричные. Патологических участков в визуализируемых отделах вещества мозга четко не определяется. **Заключение:** расширение наружных и внутренних ликворных пространств.

13) Электроэнцефалография 11.05.16г. Исследование проведено в состоянии сна с применением функциональных проб. Б.э.а. представлена в виде медленноволновой активности дельта диапазона 2-3 Гц, что свидетельствует о наступлении глубокого сна. Фотостимуляция: фотопароксизмальной активности не выявлено. Гипервентиляция: не выполнена. Эпилептиформной активности в ходе исследования не выявлено. (лента

отдана на руки).

14) ЭХОДОППЛЕРКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ЧСС 207 уд/мин МО 2070 мл/м;

Левое предсердие: 15 мм

Митральный клапан: СТВОРКИ ТОНКИЕ, ПОДВИЖНЫЕ ФК 17 мм

Градиент давления 2,3 ммHg Степень регургитации 1 (+)

Левый желудочек: КДР= 20 мм; КСР= 11мм; КДО= 12 мл; КСО= 3мл; УО= 9 мл; ФВ=78 (N>65)% ФУ

ЗСЛЖ 3 мм Аортальный

клапан: 3-ХСТВОРЧАТЫЙ, СТВОРКИ ТОНКИЕ, ПОДВИЖНЫЕ; Степень регургитации -- (+); ФК=12 мм;

Градиент давления= 5,3 ммHg; Аорта: дуга и

перешеек N Диаметр восходящей аорты 12 мм Правое предсердие

16 мм НЕ

Правый желудочек 14 мм РАСШИРЕННЫ

Трёхстворчатый клапан: СТВОРКИ ТОНКИЕ ПОДВИЖНЫЕ. Степень регургитации 1 (+);

ФК 16 мм Градиент давления 2,0 ммHg /с

Клапан лёгочной артерии: СТВОРКИ ТОНКИЕ, ПОДВИЖНЫЕ; Степень регургитации 1 (+)

Фк 16 мм градиент давления 1,5 ммHg; Расчётное давление по градиенту ТК рег: 25/5 при

норме до 30/10 мм рт ст Диаметр ствола 17 мм

МЖП: ДМЖП субаортальный диаметром 5x6 мм, градиент лжпж до 33 мм рт ст, движение правильное, толщина 3(N 3-4,5) мм.

МПП: ОТКРЫТОЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО ДО 3 мм, СБРОС ЛЕВО-ПРАВЫЙ

Перикард: патологической сепарации нет

Доп. особенности: -сброс через ОАП не определяется.

Заключение: Субаортальный ДМЖП диаметром до 5x6 мм с пиковым градиентом ЛЖ/ПЖ до 33 мм рт ст;

Состояние п/о (05.04.13): перевязка ОАП. Открытое овальное окно до 3 мм.

Сравнительно с ЭХОКГ от 16.03.2016: Без существенной динамики. Контроль в динамике.

15) Ликвор от 12.05.16г. Количество 0,8 мл; Цвет до центрифугирования Бесцветная; Цвет после центрифугирования Бесцветная; Прозрачность до центрифугирования Прозрачная; Прозрачность после центрифугирования Прозрачная; Цитоз после центрифугирования 2/3 0/3 - 12/3; Общий белок 0,297 г/л 0,150 - 0,450

Ликворограмма Лимфоциты 0 % 2/3

16) Посев ликвора от 12.05.16г- посевы роста бактерий и грибов нет.

17) Мазок из носоглотки на вирус гриппа А, В от 04.05.16г — отрицательно.

Консультации специалистов:

-Консультация отоларинголога

13.05.16г. Диагноз: двусторонний порок развития уха. носитель трахеостомы.

19.05.16г. Данных за острую патологию ЛОР- органов нет.

-Консультация невролога

04.05.16г. Ребенок с пороком развития головного мозга, гидроцефалией. 04.05 ночью на фоне фебрильной лихорадки отмечался генерализованный судорожный приступ с длительным апноэ. При осмотре: в состоянии медикаментозной седации. Носитель трахеостомы, на ИВЛ. На болевые раздражители реагирует. Голова гидроцефальной формы, большой родничок открыт, не выбухает. Швы сомкнуты.

ЧН: зрачки - миоз, фотореакции снижены. Глаза не открывает, не следит. Корнеальные, конъюнктивальные рефлексы отс. Лицо без грубой асимметрии. Язык в полости рта по средней линии. Небные, глоточные рефлексы снижены. Голова по средней линии. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, s=d, сух рефлексы с расширением зон. Брюшные рефлексы сохранены. При осмотре судорог нет. Заключение:

Врожденный порок развития головного мозга: гипоплазия мозжечка, ретроцеребеллярная арахноидальная киста, гидроцефалия без признаков декомпенсации. Спастический тетрапарез. Грубая задержка психомоторного развития. Симптоматическая эпилепсия? Фебрильно спровоцированный судорожный приступ. Рек-но: инфузионная терапия с целью дегидратации. ЭЭГ через 3 суток. При повторных судорогах конвулкс 30 мг/кг/сут в/в за 24 часа

11.05.16г. Ребенок с пороком развития головного мозга, гидроцефалией. Носитель трахеостомы. На осмотр реагирует дискоординированной двигательной активностью. Голова гидроцефальной формы, большой родничок открыт, не выбухает. Швы сомкнуты. ЧН: зрачки - равные, фотореакции сохранены. Не следит. Корнеальные, конъюнктивальные рефлексы +. Лицо без грубой асимметрии. Язык в полости рта по средней линии. Небные, глоточные рефлексы снижены. Голова по средней линии. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, s=d, сух рефлексы с расширением зон. Брюшные рефлексы сохранены.

При осмотре судорог нет. Заключение: Врожденный порок развития головного мозга: гипоплазия мозжечка, ретроцеребеллярная арахноидальная киста, гидроцефалия без признаков декомпенсации. Спастический тетрапарез. Грубая задержка психомоторного развития. Пароксизмы дискоординированной активности соответствуют тоническим атакам. По данным ЭЭГ эпиактивности не зарегистрировано. Рек-но: Паглюферал в дозе 3 мг/кг люминала в сутки в 2 приёма.

12.05.16г. Жалобы: на выраженное беспокойство, болевой синдром. беспокоит в течение нескольких дней.

Anamnesis morbi: Со слов отца девочка беспокойна в течение последних нескольких дней. Сегодня отмечалось повышение Т тела до 38 градусов. На фоне приёма реланума, аминазина, анальгина.

димедрола, но-шпы самочувствие не улучшается. Осмотрена хирургом- данных за острую хирургическую патологию не получено. Выполнено УЗИ НСГ от 11.05.2016 г. Заключение: расширение наружных и внутренних ликворных пространств. По результатам ОАК от 11.05.2016 г.- лейкоцитоз. По данным ЭЭГ эпиактивности не зарегистрировано. Объективный осмотр: Нервная система и органы чувств: В сознании, на осмотр реагирует резко негативно. Менингеальные знаки- неубедительная ригидность затылочных мышц. БР 2,0*2,0 спокоен. ЧН: зрачки - равные, фотореакции сохранены. Не следит. Корнеальные, конъюнктивальные рефлексы +. Лицо без грубой асимметрии. Язык в полости рта по средней линии. Небные, глоточные рефлексы снижены. Голова по средней линии. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, s=d, сух рефлексы с расширением зон. Брюшные рефлексы сохранены. При осмотре судорог нет. Грубая задержка психомоторного развития. Для нейроинфекции показано с диагностической целью проведение LP.

16.05.16г. На осмотре спит. Менингеальные знаки- нет. БР 2,0*2,0 спокоен. ЧН: зрачки - равные, фотореакции сохранены. Корнеальные, конъюнктивальные рефлексы +. Лицо без грубой асимметрии. Язык в полости рта по средней линии. Небные, глоточные рефлексы снижены. Голова по средней линии. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, s=d, сух рефлексы с расширением зон. Брюшные рефлексы сохранены. При осмотре судорог нет. Грубая задержка психомоторного развития.

Заключение: Врожденный порок развития головного мозга: гипоплазия мозжечка, ретроцеребеллярная арахноидальная киста, гидроцефалия без признаков декомпенсации. Спастический тетрапарез. Дистонические атаки. Грубая задержка психомоторного развития. Симптоматическая эпилепсия. Ребенок с целью купирования болевого синдрома получает морфин 0,5 мл в/в за 24 часа. В настоящее время болевой синдром купирован, решено начать постепенную отмену морфина, начиная с 0,3 мл в/в капельно за 24 часа. В связи с сохраняющимися дистоническими атаками повысить дозу миорелаксанта - баклосана до 0,75 мг/кг/сут - по 2,5 мг х 3р/д внутрь. К терапии подключить также клоназепам 0,125 мг х 2р/д с постепенным повышением дозировки через 3 дня по 0,25 мг х 2р/д внутрь. В связи с судорожным приступом, сопряженным с длительным апноэ, перенесенной острой гипоксией, а также с гидроцефалией, показано проведение нейровизуализации - КТ головного мозга при стабилизации состояния по соматическому статусу.

19.05.16г. На осмотре спит. Менингеальные знаки- нет. БР 2,0*2,0 спокоен. ЧН: зрачки - равные, фотореакции сохранены. Корнеальные, конъюнктивальные рефлексы +. Лицо без грубой асимметрии. Язык в полости рта по средней линии. Небные, глоточные рефлексы снижены. Голова по средней линии. Мышечный тонус снизился s=d, сух рефлексы с расширением зон. Брюшные рефлексы сохранены. При осмотре судорог нет. Грубая задержка психомоторного развития. Заключение: Врожденный порок развития головного мозга: гипоплазия мозжечка, ретроцеребеллярная арахноидальная киста, смешанная гидроцефалия без признаков декомпенсации. Спастический тетрапарез. Дистонические атаки. Грубая задержка психомоторного развития. Симптоматическая эпилепсия. По данным КТ - органическое поражение вещества головного мозга - смешанная гидроцефалия, гипоплазия мозжечка, ретроцеребеллярная киста. Морфин отменен, синдрома отмены нет. На фоне приема баклосана мышечный тонус снизился, при осмотре поза свободная, дистонических атак не отмечалось. Продолжить прием баклосана по 2,5 мг х 3р/д внутрь; Паглюферал-2 - уменьшить дозировку до 1/2т х 1р/д на ночь; Клоназепам отменить.

-Консультация гастроэнтеролога

10.05.16г. Девочка инвалид детства, страдает врожденной хромосомной аномалией Синдром Эдвардса, в настоящее время получает лечение по поводу аспирационной пневмонии, акт глотания нарушен кормится через зонд, который родители меняют ежедневно, получает смесь Клинутрен, по 120 мл 7 раз (объем 840 мл -840 ккал в сутки). Жалобы на схваткообразные боли в животе диффузного характера, интенсивные, кричит от болей. По данным УЗИ эхо-признаки панкреатита. При осмотре состояние тяжелое, на осмотр реагирует, тактильная чувствительность сохранена, кожные покровы бледные, чистые, тургор достаточный, живот мягкий повышено газонаполнение кишечника, урчание по ходу толстой кишки, перистальтика вялая печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется, стул оформленный без патологических примесей. Заключение: Учитывая боли в животе диффузного характера, изменения по УЗИ брюшной полости в виде ЭХО признаков панкреатита. Рекомендации даны.

23.05.16г. Состояние тяжелое по заболеванию, со слов мамы на фоне введения Морфина- гиперсаливация, рвота большим объемом, через два дня рвота светлым содержимым с примесью прожилок коричневого цвета. Проведено эндоскопическое исследование патологии со стороны слизистой оболочки желудка пищевода и 12ти п кишки нет. На момент осмотра тошноты рвоты не, кожные покровы чистые, живот доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается, кишечный тимпанит, печень печень выступает из под края реберной дуги на 2 см , селезенка не пальпируется, стул без патологических примесей. Рекомендации: Алмагель по 5 мл 3раза после еды через 30 минут и на ночь 7 дней, далее только на ночь еще 7 дней; мотилиум в суспензии по 3 мл 3 раза за 15 минут до еды 21 день.

-Консультация хирурга 12.05.16г.

Общее состояние тяжелое по основному заболеванию. Ребенок беспокоен, множественные, активные хаотичные движения конечностей. Кормление через назогастральный зонд. Кожные покровы бледные, тургор тканей сохранен, сыпи нет. Слизистые влажные, розовые.

Дыхание через трахеостомическую трубку с подачей увлажненного O₂. Аускультативно проводится с двух сторон жесткое, ослаблено, выслушиваются разнокалиберные, влажные хрипы. Сердечные тоны ритмичные, отчетливые.

Живот не вздут, мягкий равномерно с 2х сторон, доступен глубокой пальпации во всех отделах, локальной болезненности не отмечено. Дополнительных объемных образований брюшной полости нет. Перитониальных знаков нет. Печень +2см из под края реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Паховые кольца свободны с 2х сторон.

Стула не было. Микция безболезненная.

Глаза открывает, взгляд не фиксирует. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, S=D.

На рентгенограмме грудной клетки: двусторонняя бронхопневмония.

На рентгенограмме брюшной полости: от 10.05.16: уровней жидкости, свободного газа в брюшной полости нет.

По УЗИ от 10.05.16: диффузные изменения поджелудочной железы.

По данным КЧС: без выраженных метаболических нарушений.

Заключение: В настоящее время убедительных данных за острую хирургическую патологию нет.

-Консультация зав.отделением анестезиологии

12.05.16г. Состояние ребенка средней тяжести. В сознании. На осмотр реагирует спокойно. Отмечается микроцефалия. Общемозговой, менингеальной симптоматики, судорог нет. Тетраплегия. Диффузная мышечная гипотония, с периодическими "выгибательными" движениями конечностей. Нормотермия. Кожные покровы бледно-розовые, сыпи нет. Видимые слизистые розовые, влажные. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы с ослаблением в нижних, там же выслушиваются влажные хрипы. ЧД - 34 в минут. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 134 в минуту. АД - 100/60мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стула, мочи на момент осмотра не было. Родители ребенка и медицинский персонал в течение последних 4 дней отмечают выраженное беспокойство ребенка, нарушение сна, "страдальческое" выражение лица, что можно расценить как болевой синдром. Данные симптомы кратковременно купировались назначением барбитуратов и препаратов для общей анестезии. С целью обезболивания рекомендовано назначение "Морфина" по 2мг (0,2мл - 0,2мг/кг) подкожно 2 раза в сутки с оценкой эффекта. При недостаточном анальгетическом эффекте показана повторная консультация.

16.05.16г. На фоне проводимой терапии болевой синдром купирован. Рекомендовано: постепенное снижение дозы морфина (до 0,3мл/сутки) в течении 2-3 дней на фоне повышения дозы баклосана и назначения клоназемапа.

-Консультация зав.отделением отделением паллиативной помощи детям Тысячной Е.М. 12.05.16г. У ребенка с генетическим заболеванием, осложненным пневмонией, судорожным синдромом имеет место проявление дистонических атак. Нельзя исключить болевой синдром на фоне дистонических атак.

Рекомендовано: баклосан 2,5мг х 2р, через 3 дня 2,5 мг х 3р; Морфин 5мг (10 мг/мл) в виде длительной инфузии на 24 часа.

-Консультация кардиолога

12.05.16г. ЧСС= 150-160 уд. В мин. ЧД= 36-40 в мин. Заключение: ВПС: субаортальный дефект межжелудочковой перегородки 5х6мм. Состояние после операции от 05.04.13г перевязка ОАП. Открытое овальное окно. НК 2Аст. Синдром Эдвардса. Тяжесть состояния в настоящее время обусловлена течением двусторонней аспирационной пневмонии у ребенка с ВПС и болевым? Синдромом неясного генеза, дистоническими атаками. Убедительных данных за кардиальный генез болевого синдрома нет. Рекомендации: продолжить капотен, верошпирон, силденафил в прежней дозировке; Учитывая нарастание синусовой тахикардии к проводимой терапии подключить дигоксин в поддерживающей дозе 0,01 мг/кг/сутки в 2 приема под контролем ЧСС.

20.05.16г. Девочка с синдромом Эдвардса, пороком развития головного мозга, бронхо-легочной дисплазией, врожденным пороком сердца, легочной гипертензией, хроническим аспирационным синдромом, находится в отделении в связи с течением двусторонней полисегментарной аспирационной пневмонии. Консультирована повторно. Наблюдается кардиологом по поводу врожденного порока сердца: субаортальный дефект межжелудочковой перегородки, состояние после перевязки ОАП от 05.04.13. НК 2А. Постоянно получает верошпирон 2 мг/кг/сут, капотен 0,5 мг/кг/сут, силденафил 3,5 мг 2 раза в день.

В отделении в связи с нарастанием синусовой тахикардии, недостаточности кровообращения на фоне течения пневмонии и дистонических атак, к терапии добавлен дигоксин в поддерживающей дозе 0,01мг/кг/сут в 2 приема под контролем ЧСС. При осмотре состояние ребенка тяжелое, стабильное. Не лихорадит. При осмотре бодрствует, реагирует двигательным возбуждением, улыбается. Кормится через зонд. Кожа умеренно бледная, отеков нет. Дыхание через трахеостому, постоянная дотация кислорода. В легких дыхание жестковатое, проводные хрипы. Тоны сердца громкие, ритмичные, умеренная брадикардия, выслушивается грубый систолический шум в 3-4 м/р слева от грудины. ЧСС 92 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Живот мягкий б/б. Печень +0,5 из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится достаточно. Заключение: диагноз тот же. В назначении дигоксина в настоящее время не нуждается. Остальные назначения продолжить.

-Консультация профессора Овсянникова Д.Ю. 24.05.16г. Изменения на рентгенограмме органов грудной клетки соответствуют фазе разрешения.

-Консультация диетолога П.05.16г. Продолжить кормить смесью «Клинутрен Юниор» по 100,0 мл х 5р/день (4 мерные ложки на 100,0 мл. воды). С целью оптимизации кишечных функций заменить постепенно 1-2 кормления смесью «Нутрини с ПВ» под контролем состояния и самочувствия.

Проведенное лечение:

1. режим бокс
2. кормить смесь «Клинутрен Джуниор» 5 р/д по 125 мл
3. Цефоперазон + сульбактам 450 мг + Физ.раствор 20 мл х 2 р/д в/в кап. 04.05 — 12.05.16г.
4. Метронидазол 75 мг х 3р/день, в/в капельно, 10.05-14.05.16г.
5. Меропенем 200мг х 3р, в/в капельно, 12.05 — 25.05.16г.
6. Ацикловир 90 мг х 3р, в/в капельно, 12.05 — 19.05.16г.
7. Флюконазол 50мг х 1р, в/в капельно, 12.05 — 25.05.16г.
8. Ингаляции с Беродуалом через небулайзер 10 кап х 3 р/д
9. Ингаляции с Буденитом через небулайзер 125 мкг х 3 р/д

10. Ингаляции через небулайзер с Колистином 250 мг х 2 р/д
11. Мотилиум 2,5 мл за 30 мин до еды 3 р/д, через зонд
12. Верошпирон 8 мг х 2 р/д, через зонд
13. Капотен 2 мг х 2 р/д, через зонд
14. Силденафил 3,5 мг х 2 р/д, через зонд
15. Эспумизан 5 мл х 3 р/д, через зонд
16. Дексазон 4 мг х 3 р/д в/в стр, 04.05-09.05.16, 2мг х 3р, 09.05 с постепенной отменой с 19.05.16г.
17. Фуросемид 0,5 мл х 2 р/д в/в стр, отм с 19.05.16г.
18. Омес 10 мг х 2 р/д в/в капельно, по 18.05.16г.
19. Квамател 5мг х 2р, в/в капельно, 22.05 — 25.05.16г.
20. Увлажненный кислород
21. Санация ВДП + обработка трахеостомы водным раствором хлоргексидина 4-5 р/д.
22. Энтеросгель 5мл х 3р, внутрь
23. Альмагель 5мл х 3р, внутрь
24. Морфин 2мг х 2р, п/к, 12.05.16г. 0,5мл в/в капельно в течении 24 часов 13.05 — 16.05.16г, 0,3 мл в/в капельно в течении 24 часов 16.05 — 18.05.16г.
25. Паглюферал-2 1/2т х 2р, внутрь с 11.05, ½ табл х 1р на ночь 18.05 — 25.05.16г.
26. Баклосан ¼ табл х 2р, внутрь 13.05 — 16.05.16г, ¼ табл х 3р, внутрь с 16.05.16г.
27. Клоназепам 0,125 мг х 2р, внутрь, 16.05 — 19.05.16г.
28. Дигоксин 0,045 мг х 2р, при ЧСС выше 120 уд. В мин., 13.05.16г.
29. Инфузионная терапия глюкозо- солевыми растворами через центральный (подключичный справа) катетер.

Состояние ребенка при выписке тяжелое по основному заболеванию. Не лихорадит. В сознании. Кормится через назогастральный зонд смесью «Клинутрен Юниор» по 125,0 мл х 5р, не срыгивает. Трахеостома состоятельная, кислородозависима. Кожа бледная, умеренной влажности, чистая от инфекционной и аллергической сыпи. В легких дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум не нарос. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,0см. Селезенка у края реберной дуги. Стул кашицеобразный 23.05.16г. Мочиспускание свободное, безболезненное. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Клиническое выздоровление от пневмонии, симптомы ДН купированы. Дистонических атак нет. Болевой синдром купирован.

Ребенок выписан домой на амбулаторное долечивание под наблюдение специалистов в поликлинику по месту жительства.

Кислородозависима. Транспортабельна в условиях реанимационной бригады.

Рекомендации:

1. Наблюдение педиатра, кардиолога, невролога, офтальмолога, уролога, нефролога по месту жительства.
2. Кормить через зонд смесью «Клинутрен Джуниор» 110,0-125,0 мл х 5 р. в сутки.
3. Ингаляции через небулайзер с колистином 250 мг х 2р/день — 2 мес.
4. Ингаляции с пульмикортом 125 мкг х 2 р в день через небулайзер + 2,0 мл.физиол.раствора — 5 дней, далее 125мкг х 1р/день на ночь — 14 дней.
5. Ингаляции с беродуалом 10 кап х 3 р. в день через небулайзер + 2,0 мл.физиол.раствора — 7 дней, далее 10 кап х 2р/день — 7 дней, далее 10 кап х 1р/день — 7 дней. Далее ситуационно при усилении бронхообструктивного синдрома.
6. Щелочные ингаляции х 2р/день — 10 дней.
7. Верошпирон 8 мг х 2 р.в день через зонд (12:00, 18:00), длительно.
8. Капотен 2 мг х 3 р. в день, через зонд, длительно.
9. Силденафил 3,5мг х 2р, через зонд, длительно.
10. Лосек-мапс 5 мг х 2 р/день — 7 дней, 5 мг х 1р на ночь - 2 недели.
11. Мотилиум (суспензия) 3 мг х 3 р/день внутрь за 15 мин до еды — 1 месяц.
12. Альмагель 5 мл х 3р, внутрь через 30 минут после еды и на ночь — 7 дней, далее только на ночь - 7 дней.
13. Эспумизан 5мл х 3р/день, за 15 минут до еды - ситуационно.
14. Микролакс 1микрокл х 1 р/д — через день, ситуационно.
15. Обработка трахеостомы раствором водного хлоргексидина 0,05% х 4-5р/день — длительно.

Контактов с инфекциями не было.

В боксе по уходу за ребенком находилась мама Глаголева Е.В.

Лечащий врач

Зав. отделением




Вальцли Н.Л.