

Подари ЗАВТРА!

Иванов Кирилл Артемович, 4 года

года рождения) находится в ОАР с 26.02.2021 года

с диагнозом:

Острая кишечная непроходимость. Синдром мальротации. Заворот на 180. Некроз тонкой кишки.

Синдром короткой кишки. Кишечный метаболический ацидоз. ДН I степени. ОРДС и ОПП. Синдром ПП?

ПОН. Острая церебральная недостаточность гипоксически - дисметаболического генеза. Кома II ст. Аспирационная пневмония. ОРДС. Дыхательная недостаточность III ст. Гиповолемический шок 2-3 степени. НК II Б - III ст. Анемия III ст. Тромбоцитопения. ДВС синдром. желудочно - кишечное кровотечение. ОПП.

Анамнез: стул был 23.02.21, ребенок был здоров со слов мамы. 24.02. в детском садике повышение температуры до 38,2 С, признаки ОРВИ, дан нурофен, направлен к педиатру. Осмотрен педиатром, назначено лечение ОРВИ. 25.02.21 в 19:00 - 20:00 однократная рвота слизью, резко появилась боль в животе в эпигастральной области, тошнота, подъем температуры тела до 38,9 С. В 22:00 мама обратила внимание на то, что ребенок холодный, вызвала бригаду СМП, доставлен в 4 ГКБ примерно в 22:10. В палату переведен примерно в 00:00, до 6:00 утра находится с мамой, 02 попытки не проводилась, проводилась инфузионная терапия, промывался желудок, выполнена гемодиализ, проводилась инфузионная терапия (гелофузин 250 мл, раствор рингера 2000 мл, 0,9% натрия хлорида 1500 мл, 5% глюкоза 250 мл, после 8:00 гелофузин 250 мл, раствор рингера 500 мл), что соответствует 4750 мл - за 10 часов. Это примерно 500 мл/кг/сутки. За время нахождения в ОРИТ 4 ГКБ состояние с отрицательной динамикой, нарасли признаки кишечной, дыхательной недостаточности, нарастает метаболический и лактат ацидоз, прогрессирует анемия и ДВС. 03.02.21 в 10:30 ребёнок доставлен в ОАР РДКБ МЗ УР реанимационной бригадой 4ГКБ.

При поступлении состояние ребёнка крайне тяжелое, не стабильное, обусловлено угнетением ЦНС (комы II ст - по ШКГ 5 баллов), дыхательной недостаточностью III ст. сердечно-сосудистой недостаточностью II Б - III ст, анемией III ст (за счет острой кровопотери?), изотонической гипосмолярной дегидротацией 3 степени, грубыми нарушениями кислотно - основного состояния.

Ребёнок доставлен в ОАР без НГЗ, периферические венозные катетеры в вене левой стопы и правого предплечья функционируют. Оксигенотерапия через плотную маску лицевую маску. При поступлении кома II ст - зрачки узкие, реакция на свет слабая, двигательная реакция на болевой раздражитель не выражена. По ШКГ 5 баллов.

Подари ЗАВТРА!

Кожные покровы бледные, сухие, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, холодные, симптом бледного пятна 5 сек. Живот резко увеличен в объеме, набухший, шумовые выслушиваются, в памперсе каловые следы.

Тоны сердца глухие, тахикардия 178 в минуту, АД 69/35 мм.рт.ст. Пульс на периферии наполнения и напряжения.

Сатуральный кислород 86%, начата подготовка к экстренной интубации. Дыхание жесткое, хрипов нет, ослаблено над всеми полями лёгких. По газам крови метаболический ацидоз.

Внутривенно струйно 5% кетамин 1 мл, 0.5% диазепам 1 мл, 1% рокуроний 1 мл. Интубация приемом селика ЭТТ № 4.5 без манжеты, начата ИВЛ аппаратом AVEA в режиме Р-В (параметры в листе назначений). При санации ТБД кишечное отделяемое. Установлено обильное кишечное отделяемое с геморрагическим компонентом. Начата инотропная

дофамином 10 мкг/кг/мин в/в микроструйно. Инфузионная терапия кристаллоидами режиме. На этом фоне АД 102/69 мм.рт.ст, тахикардия сохраняется, ЧСС 167 в мин.

Выполнена катетеризация под УЗИ навигацией внутренней яремной вены справа катетером 215 и бедренной вены слева двупросветным высокопоточным катетером 6.5 свободный, наложены асептические повязки.

Взята кровь для лабораторных анализов, б/посева, на индивидуальный подбор для гемостазиса. Экстренно водитель отправлен в РЦГК. Взяты бак. посевы из различных локусов.

Ребёнок осмотрен хирургами, наложен лапароцентез, получено большое количество обильным геморрагическим компонентом. Лаб-но: гемоглобин 39 г/л, начата струйная

первого пакета эритроцитарной взвеси 0(I)Rh(+) с индивидуальным подбором, последующие пробы на индивидуальную и биологическую совместимость, по жизненным показаниям контрольном анализе гемоглобин 71 г/л, гемотрансфузия второго пакета в условиях экстренности продолжена после трансфузии СЗП на фоне выраженного ДВС. Тяжелая тромбоцитопения, декомпенсированный метаболический ацидоз, тяжелая гипопротеин- гипоальбуминемия, крови 4.1 ммоль/л. Признаки тяжелого ДВС синдрома - повышен АЧТВ, Д - димеры, FIB более раз, снижен фибриноген. Плотность мочи повышена.

Проводится агрессивная подготовка к оперативному вмешательству, риск по ASA 5-4. Через 2х часов ребенок был относительно стабилизирован в с учетом ограниченного времени операции.

Оценен по шкалам pSOFA и PELOD-2 = 12/15, риск смерти высокий.

На операции: Средняя лапаротомия. Вскрыта брюшная полость, при этом выделено обильное геморрагическим компонентом - посев, микроскопия. Петли тонкой кишки от сальника поперечноободочной кишки перераздуты, черно-вишневого цвета, паристальтика отсутствует.

кишки в подпеченочном пространстве, общая брыжейка тонкой и толстой кишки, имеется
средней кишки на 180 градусов с тромбозом сосудов брыжейки. Произведена деторсия
Резекция некротизированных отделов кишечника от связки Трейца до
свободной кишки. Культи двенадцатиперстной кишки ушита двурядным швом PDS4/0. В
мезогастриальной области выведена колостома. Наложена гастростома по Кадеру. Санация
брюшной полости.

послеоперационном периоде ребенок находился на ИВЛ, проводилась заместительная терапия
гемоглобина, СЗП, тромбоцитами, альбумином, пентаглобином). по выходу из крайне
тяжелого состояния снят с ИВЛ, выполнена эпидуральная блокада, воссоединен с мамой в условиях
продолжена респираторная терапия (О2, ингаляции. Снят с О2 5.03.21), в разрезе нескольких
начата реабилитация ребенка, начали учиться ходить, снят с а/б терапии, восстановлены
показатели цитолиза, почечной функции, белковый статус, интоксикационный и реперфузионный
синдром, нормализованы свертывающей системы крови, восстановлен уровень тромбоцитов, удален
брюшной зонд, удален мочевого катетер, бедренный высокопоточный катетер, эпидуральный
катетер. Сохраняются потери по зонду из 12П кишки обильные, замещаются.

настоящее время: состояние ребёнка тяжелое, стабильное, обусловлено кишечной дисфункцией.
находится в отдельной палате с матерью. Сознание ясное. Самочувствие не страдает, настроение
хорошее, контактен, критичен. Активный в пределах кровати, палаты. Активная вертикализация в
дневное и вечернее время. Без поддержки сидит, стоит, ходит самостоятельно.

кожные покровы бледно-розовые, слизистые розовые. Отеков нет. Т тела 36.6 С. В области
гастростомы гиперемия кожи со слизисто-гнойным отделяемым. Выполнена перевязка, обработана.
аускультативно дыхание в лёгких проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 19 - 22 в мин., SpO2
98%. Рз хорошего наполнения и напряжения, тоны сердца громкие, ритмичные. АД 99/64 мм.рт.ст.,
ЧСС 100 в мин., ЦВД 45 мм вод.ст. Симптом "бледного пятна" 2 сек.
язык запавший, мягкий. Кишечные шумы единичные выслушиваются. Энтерально поится для
устранения жалоб, ограниченно, учет. Стома розовая. Стула из естественных путей не было.
самостоятельный, темп достаточный, без стимуляции.

УЗИ от 5.03: Серома правого латерального канала брюшной полости. В основном динамика
стабильная, признаки гепатомегалии, дисхолии, колита.

УЗИ от 14.03: Дисхолия

ЭКГ от 23.03: Ритм синусовый нерегулярный, умеренная брадикардия ЧСС 70 - 95 в мин.
низкие электропотенциалы в прекардиальных отведениях (более - левого желудочка)

Лабораторно: без грубых нарушений.

кишки в подпеченочном пространстве, общая брыжейка тонкой и толстой кишки, имеется
кишки на 180 градусов с тромбозом сосудов брыжейки. Произведена деторсия
Резекция некротизированных отделов кишечника от связки Трейна до
очной кишки. Культи двенадцатиперстной кишки ушита двурядным швом PDS4/0. В
мезогастриальной области выведена колоостома. Наложена гастростома по Калеру. Санация
ной полости.

послеоперационном периоде ребенок находился на ИВЛ, проводилась заместительная терапия
гемоглобина, СЗП, тромбоцитами, альбумином, пентаглобином), по выходу из крайне
состояния снят с ИВЛ, выполнена эпидуральная блокада, воссоединен с мамой в условиях
продолжена респираторная терапия (О2, ингаляции. Снят с О2 5.03.21), в разрезе нескольких
начата реабилитация ребенка, начали учиться ходить, снят с а/б терапии, восстановлены
ингибиторы цитолиза, почечной функции, белковый статус, интоксикационный и реперфузионный
синдром, нормализованы свертывающей системы крови, восстановлен уровень тромбоцитов, удален
дуоденальный зонд, удален мочевой катетер, бедренный высокопоточный катетер, эпидуральный
катетер. Сохраняются потери по зонду из 12П кишки обильные, замещаются.

состоявшее время: состояние ребёнка тяжелое, стабильное, обусловлено кишечной дисфункцией.
находится в отдельной палате с матерью. Сознание ясное. Самочувствие не страдает, настроение
хорошее, контактен, критичен. Активный в пределах кровати, палаты. Активная вертикализация в
дневное и вечернее время. Без поддержки сидит, стоит, ходит самостоятельно.
кожные покровы бледно-розовые, слизистые розовые. Отеков нет. Т тела 36.6 С. В области
гастростомы гиперемия кожи со слизисто-гнойным отделяемым. Выполнена перевязка, обработана.
результативно дыхание в лёгких проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 19 - 22 в мин., SpO2
Рз хорошего наполнения и напряжения, тоны сердца громкие, ритмичные. АД 99/64 мм.рт.ст.,
ЧСС 100 в мин., ЦВД 45 мм вод.ст. Симптом "бледного пятна" 2 сек.
шумов тапавший, мягкий. Кишечные шумы единичные выслушиваются. Энтерально поится для
выявления жалоб, ограниченно, учет. Стома розовая. Стула из естественных путей не было.
без самостоятельный, темп достаточный, без стимуляции.

УЗИ от 5.03: Серома правого латерального канала брюшной полости. В основном динамика
положительная, признаки гепатомегалии, дисхолии, колита.

УЗИ от 14.03: Дисхолия

ЭКГ от 23.03: Ритм синусовый нерегулярный, умеренная брадикардия ЧСС 70 - 95 в мин.
слабые электропотенциалы в прекардиальных отведениях (более - левого желудочка)

Лабораторно: без грубых нарушений.



В лечении:

антибактериальная терапия (меропем по 800 мг 3 р/д с 19.03.21), антифунгицидная терапия (флуконазол 200 мг 1 р/д с 19.03.21).

инфузионная терапия в т.ч. полное парентеральное питание (У - 6,2 г/кг, Б - 2,5 г/кг).

витаминотерапия (виталипид, солувит, дипептивен), профилактика электролитных нарушений.

инфузии с учетом больших патологических потерь, гепаринизация 25 ед/кг/сут.

гастропротекция, антисекреторная терапия (эзомепразол).

вертикализация, реабилитация.

мониторинг витальных функций.

В контакте с инфекционными заболеваниями, в том числе в контакте с коронавирусной инфекцией, за последние 29 дней не был.

29.03.2021 год



Зам. Главного врача по хирургии

Handwritten signature

Зав. ОАР

Реаниматолог

