

Выписка

из медицинской карты № 68887 стационарного больного

Фамилия, имя отчество - РЫБНИКОВ МАКСИМ ИВАНОВИЧ

Дата рождения -

Место жительства

Место работы - дошкольник неорганизованный.

Отделение: пульмонологическое (профиль коек - педиатрические).

Лечащий врач педиатр: Симанова Т.В.

Консультант, врач-невролог: Ертахова М.Л.

Дата поступления в клинику: 20.02.2024г. На лечении по настоящее время.

Выписка подготовлена по просьбе законного представителя пациента для предоставления в Благотворительный фонд.

Диагноз клинический (на 22.04.2024г.):

Основной: Вегетативное состояние в исходе метаболической энцефалопатии и фебрильно-индуцированного рефрактерного эпилептического статуса, структурно-иммунная фокальная резистентная эпилепсия.

Носитель трахеостомы (с 12.02.2024), назогастрального зонда (с 27.01.2024).

Анамнез настоящего заболевания: Заболел остро 19.01.2024г., доставлен в детское инфекционное отделение БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР» 25.01.2024г., в анализах азотемия, тромбоцитопения, анемия 1 степени, принято решение о переводе для дальнейшего лечения в БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» г. Ижевска силами ССМП.

Диагноз БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР» 25.01.2024: А04.9 Бактериальная кишечная инфекция неуточненная. Осложнение: Гемолитико-уремический синдром. Анемия, средней степени тяжести. Реактивный гепатит».

В ОРИТ БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» 25.01.2024г. диагноз при поступлении 25.01.2024г.: «Основной: ОКИ неуточненной этиологии, гемоколит тяжелой степени. Тромботическая микроангиопатия. STEC-ГУС? Осложнение: ОПП по KDIGO 2 ст. Гипохромная анемия 2 ст. Тяжелая тромбоцитопения. Дегидратация 1-2 ст». Лабораторно: в ПАК $12,42 \times 10^9$ /л, гемоглобин 88 г/л, тромбоциты 47×10^9 /л, глюкоза, лактат и электролиты в норме; мочевины 23,1 ммоль/л и креатинин 151 мкмоль/л, АЛТ 1518, АСТ 226,7 Е/л, СРБ 13,8 мг/л. По газам крови компенсированный метаболический ацидоз. Бакпосев кала от 25.01.24: *Escherichia coli* 5×10^5 КОЕ/мл.

Заместительная почечная терапия аппаратом Prismaflex в режиме CVVHDF с регионарной цитратной антикоагуляцией, всего №6: 26.01.-29.01.24, 30.01.-04.02.24, 04.02.-07.02.24, 08.02.-09.02.24, 09.02.-10.02.24, 11.02.-14.02.24. 26.01.2024 проведена гемотрансфузия Эр.взвеси А(II)Rh+(полож) подобранная на РСПК после проведения пробы на плоскости и биологической пробы.

УЗИ органов брюшной полости 26.01.2024: Эхопризнаки полиорганных изменений - гепатомегалия с диффузными изменениями паренхимы, дисхолия. Умеренная

спленомегалия. Энтероколит. Незначительное количество свободной жидкости в брюшной полости.

ЭхоКГ 26.01.2024: Размеры камер сердца в пределах возрастной (весовой) нормы. Систолическая функция левого желудочка удовлетворительная. Небольшое количество жидкости в перикарде.

УЗИ почек 26.01.2024: Эхопризнаки ОПН/предположительно ГУС/-дебют заболевания, жидкость в брюшной полости.

26.01.2024 – нормализация температуры,

26-27.01.2024 – появление клонических судорог в правой половине лица, распространяющихся на правую руку, сначала реагирующие на в/в введение бензодиазепинов, затем серийные и вторичные билатерально-синхронные. 27.01.2024 принято решение о медикаментозной седации с целью нейропротекции и ввиду перевода на ИВЛ: в/венно 1% пропофол 11,0 мл + 1% рокуроний 0,6 мл, преоксигенация, интубация трахеи ЭТТ №4,5 без манжеты б/о. Перевод на респираторную поддержку ИВЛ аппаратом Avea в режиме PrSIMV. Люмбальная пункция - норма

01.02.2024. «диагностическое окно» в седации. В 12:10 наблюдаются фокальные клонические судороги с локализацией в правой верхней конечности, правой половины лица без восстановления сознания с периодами 5-10 минут.

01.02.2024 КТ органов грудной клетки. КТ - картина двусторонней нижнедолевой полисегментарной пневмонии в стадии инфильтрации. Двусторонний малый гидроторакс.

01.02.24 Выполнено СКТ ГМ: КТ - картина умеренно-выраженной наружной гидроцефалии, отека головного мозга. В терапию добавлена энтеральная противосудорожная терапия (перампанел в дозировке 0,5 мг/1р/сут с возможностью увеличения дозы 1 раз в 2-4 дня; леветирацетам 30мг/кг/сут в 3 приема, конвулекс 30 мг/кг/сутки в 3 приема). 04.02.2024 уменьшение глубины седации+миорелаксанты – возобновление клинических проявлений статуса фокальных судорог. С целью профилактики судорог, нейропротекцией, синхронизацией с аппаратом ИВЛ продолжена седация 0,5% мидазоламом 0,5 мг/кг/ч + 1% пропофол 6 мг/сут + миоплегия 1% рокуронием 0,6 мг/кг/ч - эффект достаточный, судороги и их эквиваленты не повторялись, с аппаратом синхронизирован

02.02.2024 появился интравенальный кровоток по КЗИ ОБП.

Консультация офтальмолога от 02.02.2024: Н35.6 Кровоизлияние в сетчатку левого глаза. Ангиопатия сетчатки обоих глаз. Рекомендации: консультация невролога.

04.02.2024 осмотр невролога Ертаховой М.Л. Диагноз – FIRES-синдром, пульс-терапия метилпреднизолоном в/в с 05.02.24 по 09.02.24 (3 дня 30 мг/кг/сутки, 1 день 20 мг/кг/сутки, 1 день 10 мг/кг/сутки), далее перорально 1,5 мг/кг/сутки.

Терапия ВВИГ G 2 г/кг/сутки с 06.02. по 10.02.24г.

К 9.02.2024 клинических проявлений судорог нет.

Рентгенография органов грудной клетки 06.02.2024: Двусторонняя полисегментарная пневмония, Рентгенологические признаки гидроторакса (плеврита?) слева.

Наложение трахеостомы: 12.02.2024г., отмена в/в седации, перорально клоназепам 0,5 мг/сутки

Высев Pseudomonas aeruginosa из ротоглотки и эндотрахеальной трубки.

За время нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии получал лечение: антибактериальная терапия (эртапенем с 25.01. по 14.02.24, линезолид с 29.01. по 14.02.24), инфузионная терапия с дотацией электролитов, 1% фуросемид, далтепарин натрия, гепарин, 0,5% диазепам, седативная терапия (1% пропофол с 27.01. по 08.02.24, 0,5% мидазолам с 27.01. по 12.02.24, дексмететомидин с 02.02. по 03.02.24), миоплегия (1% рокуроний с 27.01. по 12.02.24), трансфузия СЗП 0 Rh+ (пол) с 28.01. по 05.02.24 №9, антиаритмическая терапия (бисопролол с 29.01. по 08.02.24, 18.02.24г.),

антигипертензивная терапия (нифедипин с 29.01. по 08.02.24, 18.02.24, эналаприл 02.02.24), базовая противосудорожная терапия (леветирацетам, перампанел, вальпроевая кислота, клоназепам), ГКС-пульс-терапия (метилпреднизолон с 05.02.24 по 15.02.24, преднизолон с 15.02.24 по 18.02.24), заместительная терапия (иммуноглобулин человека нормальный с 06.02. по 09.02.24г), метаболотропная терапия (реамберин, цитофлавин, карнитин), местная ГКС-терапия (будесонид), инотропная терапия (1,25% добутамин), анальгетическая терапия (0,005% фентанил с 12.02.24 по 13.02.24), терапия, улучшающая ренальный кровоток (2,4% эуфиллин), гепатопротектор (урсофальк).

Гемотрансфузия эритроцитарной взвеси с удаленным лейкоцитарным слоем 0 Rh+ (пол) от 26.01.24, 30.01.24, 04.02.24.

Симптоматическая терапия: диосмектит, бифидум бактерин.

Сеансы ЗПТ аппаратом Prismaflex в режиме CVVHDF с регионарной цитратной антикоагуляцией №6: 26.01.24-29.01.24, 30.01.24-04.02.24, 04.02.24-07.02.24, 08.02.24-09.02.24, 09.02.24-10.02.24, 11.02.24-14.02.24.

Ппульс-терапия (метилпреднизолон с 05.02.24 по 15.02.24, преднизолон с 15.02.24 по 18.02.24), иммуноглобулин G с 06.02.24 по 09.02.24).

Перевод из ОРИТ в пульмонологическое отделение: 21.02.2024г.

Диагноз клинический при поступлении:

D59.3 STEC-ГУС. ОПП по KDIGO 3 ст., восстановительный период (полиурии).

Реконвалесцент острой кишечной инфекции (E. coli, гемоколит, тяжелое течение).

Реконвалесцент двусторонней полисегментарной пневмонии аспирационной, тяжелой, осложненной ССВР. ОДН2.

Высев Pseudomonas aeruginosa из ротоглотки и эндотрахеальной трубки.

Осложнения: ПОН: pSOFA 10 баллов.

Рефрактерный эпилептический статус или синдром эпилепсии, ассоциированной с фебрильной инфекцией, состояние после терапии первой линии (пульстерапия метилпреднизолоном 5-15.02.2024, ВВИГ человека нормальный 6-9.02.2024), выход из клинического эпилептического статуса на фоне метаболической энцефалопатии и резидуальной энцефалопатии с ЗПМР. Артериальная гипертензия (Синусовая тахикардия. НК 1. Гепатит неуточненной этиологии. Двусторонний малый гидроторакс. Гемохромная анемия 2 ст. Реконвалесцент тяжелой тромбоцитопении, дегидратации 1-2 ст. Трофические нарушения кожных покровов затылочной области, ушных раковин и спины. Носитель трахеостомы (с 12.02.2024). Гнойный обструктивный бронхит, ассоциированный с P. aeruginosae.

Неврологический статус на 19.04.2024: Менингеальные знаки отр. Вербального контакта нет. Тактильного, обонятельного узнавания матери нет. Зрительного и слухового сосредоточения нет. Лежит с открытыми глазами. Периодически спонтанные движения глазных яблок. ОУ преимущественно по средней линии, точно оценить оси глазных яблок невозможно из-за отсутствия фиксации взгляда. Зрачки равны, фотореакции вызываются, тонические. Защитные реакции на слизистых вызываются. Мускулатура лица без грубой асимметрии. Гиперсаливация, слюну не сглатывает. Питание по зонду. Дыхание через ГСТ. Множественные оральные и жевательные гиперкинезы, эффективного глотания нет. Речи нет. Глубокие рефлексы оживлены, равны. Мышечный тонус снижен. Временами эпизоды пирамидного гипертонуса в ногах. Движения хаотичные, целенаправленных движений нет, голову не удерживает, игрушку не захватывает. Автоматизм сжимания вложенных в руку предметов. Тазовые функции не контролирует.

ВЭЭГ от 09.04.2024: в бодрствовании прослеживается ритмичная неустойчивая альфа-подобная активность частотой 4-5 Гц амплитудой до 200 мкВ в каудальных отделах, в том числе при открытых глазах. При переходе в состояние сна основная активность

редуцируется, регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность высоким (близким к 100%) индексом (в бодрствовании – низким) с акцентом на левые центрально-височные, правые лобные отделы в виде спайк-медленно-волновых комплексов амплитудой 100-250 мкВ преимущественно сгруппированных.

Диагноз Основной: G40.5 Рефрактерный эпилептический статус или синдром эпилепсии, ассоциированной с фебрильной инфекцией, состояние после терапии первой линии (метилпреднизолон+в/в иммуноглобулин), выход из клинического эпилептического статуса клинический и электрофизиологический в вегетативное состояние (минимальное сознание?), структурно-иммунная фокальная резистентная эпилепсия, продолженная спайк-волновая активация на ЭЭГ (от 05.04.2024). H54.7 Неуточненная потеря зрения: оптическая анозия клинически. Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Носитель трахеостомы (с 12.02.2024), назогастрального зонда (с 27.01.2024).

сопутствующие -

Пролежни 3 степени (затылочной области и верхней трети спины), фаза эпителлизации.

Преморбидный фон - РОП ЦНС в форме умеренно выраженной наружной гидроцефалии (КТ головного мозга от 01.02.2024г.).

Реконвалесцент гемолитико-уремического синдрома (тромбоцитопения, гемолитическая анемия, острое почечное повреждение), восстановительный период.

Реконвалесцент пневмонии двусторонней аспирационной, тяжелой, осложненной ССВР. ОДНЗ-0. Реконвалесцент гнойного обструктивного бронхита, ассоциированного с бактериями группы НГОБ. Реконвалесцент анемии 1 степени железодефицитной.

Терапия при поступлении в пульмонологическое отделение 20.02.2024: клоназепам 0,25 мг 2 раза в сутки; перампанел 4 мг 1 раз в сутки; леветирацетам 250 мг 2 раза в сутки, вальпроевая кислота 225 мг 2 раза в сутки. Преднизолон 15 мг/сутки внутрь. зомепразол. Левокарнитин внутрь. Урсодезоксихолевая кислота 250 мг/сутки. Диэтакрический смектит. Ингаляции ипратропия бромид+фенотерол. Питание зондовое, смесь безлактозная. Питьевой режим. Уход за кожей, за трахеостомой, перевязки на пролежни (с хлорамфениколом). Нифедипин 1-2 мг 2 р.д. Позиционная терапия. Профилактика пролежней и контрактур.

В динамике (пульмонологическое отделение): разрешение гнойного обструктивного бронхита, заживление пролежней. Вырос (с 83 до 86 см), прибыл в весе (с 10 до 11,8 кг).

Длительно сохранялись свистящие хрипы (купированы после курса ингаляций будесонида суспензии). Высевы *S. maltophilia* из гнойного отделяемого под корочками пролежней, из ротоглотки и трахеостомической трубки (на момент перевода из отделения реанимации), проведена терапия ко-тримоксазолом. После ингаляций колистиметата (80 мг 2 р.д.), флуконазола внутривенного, ко-тримоксазола удалось удалить центральный венозный катетер (нормализация дыхания в легких, секрет по ТСТ скудный, СРБ 0, СОЭ нормализовалось). Дважды – эпизоды высыпаний по типу крапивницы (с 23.02.2024), получал хлоропирамин и дексаметазон ситуационно.

Наблюдение невролога, ЭЭГ-мониторинг в динамике.

Проведено лечение (пульмонологическое отделение):

Фосфомицин внутривенно (20 февраля–5 марта).

Колистиметат ингаляции 80 мг 2 р.д. (26 февраля-5 марта).

Ко-тримоксазол внутрь (5-20 марта).

Флуконазол 7-18 марта.

Будесонид ингаляции (23 февраля-14 марта).

Ипратропия бромид+фенотерол (20 февраля – 10 марта).

Магния сульфат 25% внутривенно капельно (23 февраля-3 марта).

Фосфокреатин (15-20 марта, 20-23 марта, 27-29 марта).

Эзоменпразол 10 мг внутрь ежедневно (20 февраля-5 марта), эзоменпразол 20 мг (с 6 марта).

«Цитофлавин» внутривенно капельно (6-15 марта).

Левонарктин 30% 0,5 мл 3 р.д. (20 февраля-6 марта); 0,75 мл 3 р.д. (7-15 марта); 1,0 мл 3 р.д. (21-24 марта, 4-5 апреля).

Вальпроевая кислота (хроносферы) 225 мг 2 р.д. (20-22 февраля), далее снижение дозы, отмена с 27.02.2024.

Преднизолон 15 мг внутрь (20 февраля – 13 марта), 17,5 мг (с 14 марта по 5 апреля).

Метилпреднизолон внутрь с 11 по 18 апреля.

Железа III полимальтозат (28 февраля – 29 марта).

Фолиевая кислота 0,5 мг (30 марта- 5 апреля)

Калия и магния аспарагинат (с 22 марта ежедневно).

Симптоматически: хлоропирамин №2, дексаметазон №2, диэтакрический смектит (20-21 февраля), лактулоза (20-21 марта, при расширении питания кашами – тугой стул).

Противосудорожная терапия:

Перампанел («Файкомпа») 4 мг на ночь (все дни лечения).

Леветирацетам («Кеппра») 250 мг 2 р.д. (все дни по 20 марта), 150 мг 2 р.д. (21 марта- 4 апреля), 270 мг 2 р.д. (с 5 апреля).

Клоназепам 0,25 мг 2 р.д. (20-22 февраля), далее снижение доз, далее прием через день, последний день приема 13.03.2024.

Клобазам 5 мг 2 р.д. с 11.04.2024, наращивание дозы до 10 мг 2 р.д.

Лакосамид 5 мг 2 р.д. с 19.04.2024, наращивание дозы до 10 мг 2 р.д. к 25.04.2024.

Видео ЭЭГ мониторинг 11.03.2024г. В течение часа проводилась регистрация ВЭЭГ в состоянии бодрствования. Основная активность представлена регулярными неустойчивыми тета-дельта-диапазона (2-4 Гц) амплитудой до 70 мкВ без зонального градиента и реакции на открывание глаз. РФС не привела к реакции следования ритму и фотопароксизмальному ответу. Эпилептиформная и очаговая активность не зарегистрированы.

Видео ЭЭГ мониторинг 25.03.2024г. В течение 1,5 часов проводилась регистрация ВЭЭГ в состоянии бодрствования и естественного сна. В записи очень много разнообразных артефактов. Основной ритм маскирован разнообразными артефактами, представлен регулярным, неустойчивым, немодулированным ритмом, частотой 4-5 Гц, амплитудой 160-200 мкВ, регистрирующимся в затылочных отведениях с распространением на задне-височные и теменные отделы полушарий. Зональные различия сохранены. Электрогенез соответствует возрасту по частотным характеристикам. Реакция активации выражена неубедительно. Переход ко сну сопровождается редукцией основного ритма, появлением вертексных потенциалов, «сонные веретена» дефицитные, фрагментированы. Мультирегиональная эпилептиформная активность регистрируется во сне суммарно низким, эпохами высоким индексом, с акцентом на левые центрально-височные, правые лобные отделы в виде спайк-медленно-волновых комплексов амплитудой 100-250 мкВ одиночный и сгруппированных. Над левым полушарием индекс медленно-волновой активности тета-дельта выше в бодрствовании и во сне.

Видео ЭЭГ мониторинг 09.04.2024г. В течение 1 часа проводилась регистрация ВЭЭГ в состоянии бодрствования и естественного сна. Основной ритм маскирован разнообразными артефактами, представлен регулярным, неустойчивым,

немодулированным, альфа-ритмом, частотой 3-4 Гц, амплитудой 160-200 мкВ, регистрирующимся в затылочных отведениях с распространением на задне-височные и теменные отделы полушарий. Зональные различия сохранены. Электрогенез соответствует возрасту по частотным характеристикам. Реакция активации выражена неубедительно. Переход ко сну сопровождается редукцией основного ритма, появлением вертексных потенциалов, «сонных веретена» дефицитарны, фрагментированы. Мультирегionalная эпилептиформная активность регистрируется в бодрствовании низким, во сне высоким (близким к 100%) индексом с акцентом на левые центрально-височные, правые лобные отделы в виде спайк-медленно-волновых комплексов амплитудой 100-250 мкВ одиночный и сгруппированных.

26.03.2024г. Консультация офтальмолога Григорьевой М.П. Жалобы мамы - не следит за игрушкой, не узнает маму. Данные жалобы появились после "выхода ребенка из комы" - осмотр в динамике. Ранее на осмотрах офтальмолога в 1 мес и в 1 год - зрительные функции соответствовали возрасту. Консультация офтальмолога 27.02.2024 - Ангиопатия сетчатки ОИ Оптическая агнозия? С анамнезом основного заболевания ознакомлена. Ребёнок получает противосудорожную терапию. Планируется консультация в ФЦ КТ ГМ от 01.02.2024г - область орбит не изменена, каналы зрительных нервов симметричные. Осмотр в условиях палаты: Visus OU: взгляд не фиксирует, за предметом не следит, "блуждающий взгляд", сохранено зажмуривание глаз в ответ на быстрое приближение предмета к глазу, не наблюдаю поворота глаз в сторону звука. Объективно: OU глазные щели правильной формы, симметричны. Оси глаз оценить нет возможности - нет фиксации, подвижность глазных яблок в полном объёме. Гнойное отделяемое из слезных точек при надавливании на область слезного мешка OU отсутствует. OU - спокойные. Передний отрезок глаза не изменен. Зрачки OD=OS= 3 мм, фотореакции присутствуют, симметричные. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные. Рефлекс с глазного дна - розовый. ВГД п/п - норма OU. Глазное дно: фон глазного дна бледно-розовый. ДЗН бледно-розовые с четкими контурами. Артерии узкие, вены нормального калибра, соотношение А:В = 1,5:3 Макулярная зона без патологии. Сетчатка прилежит, прозрачная, васкуляризирована. Заключение: H54.7 Неутраченная потеря зрения. Ангиопатия сетчатки обоих глаз. вышеописанные изменения зрительных функций более соответствуют оптической агнозии, дополнительные исследования для уточнения диагноза - визометрия, периметрия, ЭРГ, ОКТ - по возрасту провести нет возможности. Рекомендовано: ЗВП (при технической возможности), МРТ ГМ (по согласованию с неврологом), консультация невролога, наблюдение офтальмолога в динамике.

Физическое развитие (22.04.2024, возраст 1 год 4 месяца).

Масса тела 11,8 кг, длина 86 см.

Длина тела: 86 см (z-score: 2.48; перцентиль: 99.3)

Масса тела: 11.7 кг (z-score: 1.06; перцентиль: 85.5)

Масса тела к длине тела (z-score: -0.05; перцентиль: 48.0).

Рекомендации для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий:

1. Матрац детский противопрележневый.
2. Медицинский отсос аспиратор для очистки дыхательных путей.
3. Коляска прогулочная специализированная.
4. Стерилизатор для детских бутылочек с функцией сушки (для стерилизации предметов ухода и кормления).
5. Салфетки для гигиены кожи специализированные (с пантенолом, ланолином).

6. Лакосамид (раствор, 10 мг/мл, флаконы 200 мл) 2 флакона. Перампанел таблетки 4 мг, 2 упаковки. Леветирацетам (100 мг/мл) 2 флакона. Кудесан капли 2 флакона. Бак-сет Бэби (саше) 4 упаковки.
7. Специализированное лечебное питание: Нутриен стандарт с пищевыми волокнами (Nutrien STANDARD FIBER, 1 ккал/1 мл), потребность на сутки 800 мл.
8. Питание зондовое: каши молочные сухие (гречневая, кукурузная, овсяная) 400 г готовой каши в сутки, пюре фруктовые (яблоко, груша, банан, чернослив, можно с печеньем и сливками) 150 г сутки, пюре овощное (кабачок, брокколи, морковь) 150 г сутки, пюре мясное (говядина, кролик, индейка) 100 г 5 дней в неделю.

в. пульмонологическим отделением



Симанова Т.В.