

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
"РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ"**

426009, РОССИЯ, УДМУРТСКАЯ РЕСП, Г ИЖЕВСК, ЛЕНИНА УЛ, Д 79

Выписка

Тяжелобольным из медицинской карты № 66792 стационарного больного

1. **Фамилия, имя отчество** - СТУКАНОВ САВЕЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ
2. **Дата рождения**
3. **Место жительства**

4. **Место работы** - дошкольник неорганизованный
5. **Кем направлен** - БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ "ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 9 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ"
6. **Госпитализирован** - Планово
7. **Пульмонологическое отделение**
8. **Ф.И.О. лечащего врача** - Симанова Т.В.

Дата поступления - 13.03.2024 Дата выписки - 27.03.2024
с 13.03.2024 по 27.03.2024 Пульмонологическое отделение (профиль - педиатрия).

Диагноз клинический:

Основной: G40.4 Смешанная неуточненная энцефалопатия (гипоксическая-токсическая -инфекционная (ЦМВИ), смешанная гидроцефалия заместительного характера (атрофические изменения) по данным МРТ ГМ от 05.09.2023г., центральный выраженный тетрапарез, выраженный дистонический синдром, задержка моторного развития на 10 эпикризных сроков. Ишемические изменения ДЗН обоих глаз. Неуточненная, резистентная, возможно генетическая, фокальная эпилепсия с частыми полиморфными приступами, медикаментозная ремиссия.

Хронический аспирационный синдром. Носитель назогастрального зонда (с 14.03.2024).

Сопутствующий: Хронический бронхит (постинфекционный, постаспирационный), средней степени тяжести, обострение. ДНО. Цитомегаловирусная инфекция, хроническое течение. Гепатит неуточненной этиологии минимальной степени активности.

Лекарственная аллергия ("Азитромицин" - крапивница). Пищевая аллергия. Хроническая недостаточность питания 1 степени (на момент госпитализации).

Поступил в клинику для уточнения неврологического диагноза. Проведены: ЭЭГ-мониторинг, КТ легких, консультации невролога Ертаховой М.Л.

Установлен постоянный назогастральный зонд. Питание приведено в соответствие с возрастом и потребностями ребенка.

Рентгенография грудной клетки 14.03.2024г.

ЭЭГ мониторинг: 14.03.2024, 25.03.2024г.

КТ легких и средостения 15.03.2024г.

ЭКГ 15.03.2024, 22.03.2024

За период наблюдения и лечения по соматическому статусу: температура нормальная, неврологический статус соответствует диагнозу, купировано бронхолегочное обострение (при выписке дыхание пуэрильное, без хрипов), нормализовались эластичность кожи и тургор мягких тканей (при выписке - снижены), подкожный жировой слой на животе - нормализация. При поворотах на бок и активных движениях - признаки регургитации (однократно возникает кашлевой рефлекс), на фоне начала приема урсодезоксихолевой кислоты нормализовались размеры печени.

Объективный статус при выписке (соматический): Состояние средней степени тяжести. При осмотре активен (подкорково-обусловленные хаотичные движения). Объективный признаков одышки нет. Кожные покровы бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Тургор мягких тканей и эластичность кожи нормальные. Носовое дыхание свободное. Глотка не иперемирована. Слизистые ротовой полости розовые. Лимфатические узлы: не увеличены. Реакция на трагус отрицательная. Грудная клетка симметричная. Перкуторный звук легочной ясный, симметричен при сравнительной перкуссии. Дыхание при аускультации пуэрильное, хрипы не выслушиваются (при поступлении - диффузные сухие и крепитирующие хрипы). ЧСС 102. ЧДД 26. Сатурация 99%. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, пальпация негативной реакции не вызывает. Печень по краю реберной дуги (при поступлении + 1,5 см), селезенка не увеличена. Физиологические отправления не нарушены (стул самостоятельный, мочится свободно).

Неврологический статус: предлагаются протоколы консультации невролога.

Проведено лечение:

Режим палатный охранительный. Питание зондовое.

Антибактериальная терапия: Цефиксим 14-20.03.2024г.

Ингаляционная терапия: будесонид суспензия и ипратропия бромид+фенотерол.

Симптоматическая терапия (лечение бронхолита): дексаметазон внутрь 0,5мг 3 дня.

Цетиризин. Урсодезоксихолевая кислота (с 25.03.).

Противосудорожная терапия: клоназепам 0,25 мг 2 р.д. (9.00 - 21.00); Депакин 57,64 мг/мл - 120 мг 3 р.д. (06.00-14.00-22.00); Леветирацетам 100 мг/мл по 1,5 мг (150 мг) 2 р.д. (12.00-24.00).

Результаты обследования: прилагаются.

Компьютерная томография органов грудной полости 15.03.2024г. **Описание:** При мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки, выполненной по стандартной программе с последующим построением многоплоскостных реформаций, выявлено. Качество исследования снижено из-за дыхательной и динамической нерезкости, вне укладки. Пневматизация легочной ткани резко неравномерная, преимущественно плотностью -551,-632НУ. Выражена мозаичность легочного рисунка, участки по типу "матового стекла" чередуются с участками нормальной воздушности. Множество линейных транспульмональных тяжей. Видимые бронхи 1-3 порядка проходимы, не деформированы, стенки бронхов утолщены. Легочной рисунок усилен, обогащен, деформирован за счёт сосудисто-интерстициального компонента. Визуализируются лимфатические внутригрудные узлы размерами до 2мм, структурно не изменены. Свободный воздух и жидкость в плевральной полости не определяются. Диафрагма расположена обычно, с чётким, неровным контуром, выражена динамическая нерезкость.

Органы средостения не изменены. Плевро-пульмональные спайки. Костный остов соответствует возрасту. В ЖКТ зонд, конец в проекции желудка. **Заключение:** КТ картина двустороннего интерстициального процесса в лёгких, может соответствовать БЛД, бронхолииту, необходимо согласовать с клин.-лаб.данными. Плевро-пульмональные спайки. Врач: СТРЕЛКОВА Е.Ф.

Лабораторные исследования:

Общий (клинический) анализ мочи

	Билирубин	Кетоновые тела	Микроальбумин	Нитриты	Глюкоза	Эпителий плоский	Лейкоциты	Цвет	Прозрачность
15.03.2024	--	--	10 мг/л (г/л)	--	--	0-1 (в поле зрения)	0-1 (Ед)	светло-желтая	прозрачная

	Плотность	pH	Белок	Уробилиноген
15.03.2024	1010 (г/л)	6,0	0 (г/л)	--

Анализ крови биохимический общетерапевтический

	ЛДГ	КФК МВ	АЛТ	АСТ	Билирубин общий	Билирубин прямой	Билирубин не прямой	Креатинин	Калий
20.03.2024	377,0 (МЕ/л)	20,0 (МЕ/л)	48,9 (Ед/л)	68,7 (Ед/л)	7,0 (мкмоль/л)	1,8 (мкмоль/л)	5,2 (мкмоль/л)	38,0 (мкмоль/л)	4,33 (ммоль/л)

	Натрий
20.03.2024	148,3 (ммоль/л)

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови

	IgM ЦМВИ	IgG ЦМВИ
26.03.2024	отр (Ед)	кп 8,52 (Ед)

Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови			
	Ig G	Ig M	Ig A
26.03.2024	1874 (мг%)	86 (мг%)	136 (мг%)

Определение антител класса М (IgM) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови	
	Определение антител класса М (IgM) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови
26.03.2024	отр (Ед)

Общий иммуноглобулин Е в крови (Ig E)	
	Исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови
26.03.2024	0,01 (МЕ/мл)

Исход госпитализации: выписан.

Карантина в отделении нет.

Состояние при выписке: средней степени тяжести по неврологическому статусу.

Рекомендации при выписке:

1. Наблюдение педиатра, невролога.
2. Консультации пульмонолога 2 раза в год для коррекции ингаляционной терапии.
3. Зондовое кормление. Питание в соответствии с возрастом и с учетом наличия назо-гастрального зонда. Питательный режим - между кормлениями, не менее 50 мл/кг в сутки кипяченой теплой воды.
4. Замена зонда 1 раз в 6-7 дней. Чередуя правую и левую половину носа.
5. Стерилизация камеры небулайзера перед каждой ингаляцией (шаровой стерилизатор, по возможности с функцией сушки).

6. Ингаляционная терапия (лечение бронхолитита):

Будесонид суспензия (0,5 мг/мл или 0,25 мг/мл) по 0,5 мг 2 р.д. 1 месяц. Далее 0,5 мг 1 р.д. длительно, до 5 месяцев. Далее консультация пульмонолога и коррекция терапии.

При использовании компрессионного небулайзера добавлять ТОЛЬКО стерильный 0,9% натрия хлорид из ампул, не более 1 мл.

При использовании мембранного небулайзера (MESH-небулайзера) можно ингалировать с мая 2024г. по 0,25 мг 1 р.д.. Не добавлять натрия хлорид!

Ипратропия бромид+фенотерол (1 мл 0,25мг+0,5 мг) по 7 капель 2 р.д. 10 дней после выписки, далее отмена (в дальнейшем применять при бронхиальной обструкции по 10 капель 2-3 р.д.).

Ингалировать одновременно с будесонидом суспензией. При ингаляции без будесонида - добавлять 2 мл 0,9% натрия хлорида.

7. Рекомендации невролога:

Дневник приступов.

Видеозапись приступов

Клоназепам 0,125 мг 3 р/сутки длительно

Депакин 57,64 мг/мл - 2 мл 3 раза в сутки длительно (06.00-14.00-22.00); .

Леветирацетам 100 мг/мл по 1,7 мг (170 мг) 2 р.д. (12.00-24.00).

Консультация генетика Реабилитация в отделении ранней помощи РЦДК (Холмогорова 8).

ВЭЭГ сна контроль через 2 месяца при отсутствии регресса или рецидива приступов.

8. Консультация врача инфекциониста в плановом порядке (май 2024). Обследование на гепатиты, герпетические инфекции.

9. **Урсодезоксихолевая кислота** 125 мг 2 р.д. (утро, вечер) после кормлений, до консультации

инфекциониста (1,5 месяца).

10 Холекальциферол 1000-500 МЕ в сутки.

11. Цетиризин (1 мл- 10 мг) по 5 капель 1-2 р.д. ситуационно при аллергических реакциях.

12. Бакпосев из ротоглотки и носа 1 раз в 3 месяца (чувствительность к антибактериальным препаратам).

Данные о выписке ребенка переданы заместителю главного врача БУЗ УР "ДГП №9 МЗ УР" Калабиной Елене Алексеевне.

Лечащий врач
Заведующий отделением

Симанова Т.В.
Симанова Т.В.

