



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
"МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ"

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ
№ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ 86436-18 С

Ребенок (Ф.И.О.): БОЧАРОВ АРТЁМ АНТОНОВИЧ

Возраст (дата рождения): 2мес 4дн, 03.06.2018

Домашний адрес: Россия, Калужская обл., г. _____

Находился в отделении "25 Отделение неонатологии и неонатальной хирургии" с 09.07.2018 по 17.07.2018; в отделении "24 Неонатологическое отделение реанимации и интенсивной терапии" с 17.07.2018 по 20.07.2018; в отделении "25 Отделение неонатологии и неонатальной хирургии" с 20.07.2018 по 07.08.2018;

Диагнозы:

(Основной) заключительный клинический - Q03.8 - Оклюзионная постгеморрагическая гидроцефалия (операция ВПШ от 17/07/18)

(Сопутствующий) заключительный клинический - P91.8 - Тяжелое перинатальное поражение ЦНС гипоксически-геморрагического генеза. ВЖК 2ст. Синдром церебральной депрессии, вегето-висцеральной дисфункции.

(Сопутствующий) заключительный клинический - P07.3 - Другие случаи недоношенности (28 недель)

(Сопутствующий) заключительный клинический - P61.2 - Анемия недоношенных (состояние после гемотрансфузии эр взвеси от 16/07/18)

(Сопутствующий) заключительный клинический - P27.1 - Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде

(Сопутствующий) заключительный клинический - H35.2 - Ретинопатия недоношенных 1 стадия, активная фаза

Жалобы: +

АНАМНЕЗ:

Анамнез заболевания: Недоношенный мальчик от матери 41 года, от 4 беременности (ЭКО), протекавшей с угрозой прерывания, ОРВИ в 16 недель, предлежанием плаценты, бактериурией. От 3 преждевременных родов в 28 недель путем экстренного КС по поводу кровотечения. Профилактика РДС проведена. Масса 1200гр, рост 37 см, окр гол 26 см, окр гр 24 см. Аппар 5/6/76. С рождения на ИВЛ, вводился курсурф. С 10 с.ж. переведен на неинвазивную вентиляцию. К 18 с.ж. ухудшение состояния за счет гидроторакса. Получал кардиотоническую поддержку, волемическая терапия (кровопотеря вследствие экхимозов, травмы мягких тканей). По данным НСГ было выявлено ВЖК 2 ст с 2 сторон. С рождения ДВС синдром, проводилась гематрансфузия СЗП, эр массы. Энтеральное питание с 3 с.ж. в минимальном трофическом объеме, к 30 с.ж. расширено до 160 мл/кг/с. По результатам первичного скрининга и ретеста на АГС 17-ОПС был значительно повышен, с срывами и электролитными нарушениями в возрасте 12 с.ж., после консультации эндокринолога была начата терапия кортизолом в дозе 2 мг/кг/с. В возрасте 1 мес жизни (ПКВ 32 нед) ребенок переведен в отделение неонатологии для дальнейшего обследования и лечения с основным диагнозом постгеморрагическая гидроцефалия

СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ: Общее состояние: средней тяжести

Телосложение: правильное

Температура тела: 36,6

Дополнительные данные: Масса 1651гр, рост 43см, окр гол 32см, окр гр 27см В кроватке- грелке, согрет. Поза полупрофлексии. Активность снижена. На осмотр реагирует двигательным возбуждением, к

концу осмотра истощается. Крик громкий, эмоциональный. Глаза открывает. Патологической глазной симптоматики нет.

Кожные покровы: Кожные покровы: бледно-розовые, чистые от сыпи. Микроциркуляторных нарушений нет. Подкожно-жировой слой: равномерно снижен. Тургор тканей: удовлетворительный. Отеки, пастозность: нет. Пупочная ранка эпителизируется. Периумбиликальный валик без признаков воспаления. Пупочная вена не пальпируется.

Видимые слизистые: обычной окраски,

Костно-мышечная система: Голова округной формы, БР2,5х2,5см МР 1,5=1,5см. Черепные швы приткрыты. Кости черепа податливые. Ключицы целы. Движения в суставах в полном объеме, не ограничены. Мышечный тонус дистоничен, гипотония в сгибателях, D=S.

Сердечно-сосудистая система: Визуально область сердца не изменена. Верхушечный толчок: в 5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: Верхняя: на уровне 2 ребра слева. Правая: по правому краю грудины. Левая: по среднеключичной линии слева. Тоны сердца: громкие, ритмичные. Шумы: нет. Частота пульса: 150 в мин. ЧСС: 150 в мин.

Система органов дыхания: Носовое дыхание свободное, Выделения из носа: отсутствуют. Одышка: умеренное западение нижней трети грудины. Перкуторно: звук с коробочным оттенком. Легкие: дыхание проводится во все отделы, равномерно. Хрипы: нет. ЧД: 42 в мин.

Пищеварительная система: Язык: влажный чистый. Живот: Мягкий, не вздут, доступный поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень: +2,0 см. Селезенка: не пальпируется. Стул: при осмотре не было.

Мочевыделительная система: Половые органы: сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. Мочеиспускание: Моча – светлая, прозрачная.

Неврологический статус: Рефлексы новорожденных снижены. Спонтанная двигательная активность снижена, вялый. Глаза открывает, патологической глазной симптоматики нет. Мышечный тонус симметричен, снижен.

Заключение: Недоношенный мальчик поступил для дообследования и проведения нейрохирургической операции (ВПШ).

ПРОВЕДЕННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА: Рентгенологическое исследование (от 13.07.2018, Доза 0.028 мЗв): На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции убедительных данных за очаговые и инфильтративные изменения не получено. Легочный рисунок умеренно усилен, обогащен в медиальных отделах. за счет сосудистого компонента, сгущен в нижне-медиальных отделах. .

Структурность корней легких снижена. Срединная тень несколько смещена вправо из-за разворота, тень сердца в поперечнике не расширена. КТИ 45%. Контур диафрагмы ровный, четкий.

Диафрагмальные синусы свободны.

Тень назогастрального зонда. Обогащение и деформация легочного рисунка, без видимых очагов и инфильтративных фокусов.

МРТ исследование (от 13.07.2018): Во всех отделах большого мозга визуализируются широкие плоские извилины, разделенные небольшим количеством мелких борозд.

Кора диффузно истончена.

Медиабазальные отделы мозжечка гипоплазированы, большая цистерна мозга расширена до 10х16х18мм.

Мозолистое тело диффузно истончено.

Отмечается диффузное изменение сигнала от белого вещества полушарий (гипоинтенсивный во Flair и T1ВИ, гиперинтенсивный в T2-ВИ) в области базальных ядер с обеих сторон регистрируются мелкие (1-1,5 мм), соответствующий незрелости, на фоне которой нельзя исключить диффузное повреждение.

В медиальных отделах левого зрительного бугра визуализируется очаг измененного сигнала до 4мм (гипоинтенсивный в T2 и SWI, гиперинтенсивный в Flair и T1)-.

Желудочковая система резко расширена: третий желудочек до 9мм, четвертый до мм

боковые желудочки асимметричны, правый на уровне переднего рога до 14мм, тела до 18мм, заднего рога до 23мм, на уровне височного рога до 20мм, левый боковой желудочек - на уровне переднего рога до 15мм, тела до 23мм, заднего рога до 30мм, височного рога до 28мм. В просвете боковых желудочков, вдоль эпендимы, переднего и заднего рога левого бокового желудочка, тела правого бокового желудочка в сосудистых сплетениях с двух сторон зоны измененного сигнала за счет гемосидерина.

Срединные структуры не смещены.

В задних отделах межполушарной щели отмечается полоска гемосидерина.

Субарахноидальные пространства больших полушарий и мозжечка не расширены.

Гипофиз не увеличен, обычной конфигурации, с четкими очертаниями, имеет неизменный МР-

сигнал. Дифференциация на нейро- и аденогипофиз сохранена. Воронка гипофиза расположена по центру. Параселлярные структуры выглядят обычно. Миндалины мозжечка расположены выше линии Чемберлена. Область крадиоспинального перехода сформирована правильно. Последствия внутрижелудочкового кровоизлияния. Выраженная внутренняя гидроцефалия. Участок структурных изменений в медиальных отделах левого зрительного бугра до 4мм (дифференцировать в первую очередь с микрокровоизлиянием в хронической стадии и кавернозной ангиомой).

Расширение и сглаженность борозд больших полушарий. Гипоплазия медиобазальных отделов гемисфер мозжечка. Гипоплазия мозолистого тела.

МРТ исследование (от 02.08.2018): Произведено сравнение с результатами предыдущего (от 13.07.18) исследования.

На фоне ранее описанных изменений отмечается равномерное уменьшение размеров желудочков на фоне установки в правой лобной области шунтирующей системы, краниальный конец которой отмечается в просвете переднего рога левого бокового желудочка (боковые желудочки до 18мм - было 25мм, 3й желудочек до 5мм — было — 12мм, височные рога до 9мм — было 15мм). В просветах желудочков по ходу эпиндимы и (преимущественно) сосудистых пучков отмечаются отложения гемосидерина, сконцентрированные в области вены галена слева с распространением в сторону зрительного бугра (без динамики). В сосудистом режиме убедительных признаков патологических артерий в этой области не выявлено. На фоне диффузного изменения белого вещества сохраняются ранее выявленные перивентрикулярные кистозные изменения. На фоне уменьшения объема желудочков отмечается умеренно выраженная регрессия проявлений пахигиирии. Степень гипоплазии мозолистого тела — без динамики.

Срединные структуры не смещены.

Субарахноидальные пространства больших полушарий и мозжечка сужены в меньшей степени.

Гипофиз не увеличен, обычной конфигурации, с четкими очертаниями, имеет неизменный МР-сигнал. Дифференциация на нейро- и аденогипофиз сохранена. Воронка гипофиза расположена по центру. Параселлярные структуры выглядят обычно.

Мозжечок с признаками гипоплазии (без динамики).

В режиме миелографии признаков нарушения ликвороциркуляции не обнаружено. МР-картина умеренно положительной динамики относительно предыдущего исследования в виде регрессии постгеморрагической гидроцефалии на фоне установленного вентрикулярного шунта (см. протокол).

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: НСГ от 09.07.2018:

Определяется недостаточная дифференцировка рисунка борозд и извилин, обусловленная морфофункциональной незрелостью. Ликворная система: Боковые желудочки расширены:

Сосудистые сплетения асимметричны, с неровным контуром. Косой размер переднего рога: справа 15 мм, слева 18 мм. Высота тела: справа 14 мм, слева 24 мм. Глубина затылочного рога: справа 39 мм, слева 53 мм. Высота височного рога: справа 12 мм, слева 12 мм. III желудочек расширен до 10 мм. IV желудочек расширен. Большая цистерна мозга не расширена. Подболобочное пространство по конвекситальным отделам полушарий не расширено. Межполушарная щель не расширена.

Зрительные бугры без особенностей.

Заключение: экзографические признаки гидроцефалии. Рекомендовано: консультация нейрохирурга.

ЭКГ от 11.07.2018: Ритм синусовый регулярный. Нормальное положение электрической оси сердца. Данные электрокардиографического исследования. Ритм синусовый ЧСС 157-166уд/мин Интервал RR 0,36-0,38' Интервал PQ 0,11' Интервал QRS 0,05' Интервал QT 0,25'(норма 0,23') P1 + P2+P3 сгл PAVF+ T1 +T2+T3 сгл TAVF+ Rv4 > Rv6

НСГ от 18.07.2018: Заключение: состояние после вентрикуло-перитонеального шунтирования. Сохраняется недостаточная дифференцировка рисунка борозд и извилин, обусловленная морфофункциональной незрелостью. Определяется полость прозрачной перегородки до 2-3 мм. Ликворная система: Боковые желудочки расширены, в просвете правого бокового желудочка визуализируются фрагменты вентрикулярного катетера. Косой размер переднего рога: справа 15 мм, слева 18 мм. Высота тела: справа 16 мм, слева 22 мм. Глубина затылочного рога: справа 36 мм, слева 50 мм. Высота височного рога: справа 14 мм, слева 13 мм. Сосудистые сплетения асимметричны, с

неровными контурами. Зрительные бугры без особенностей. III желудочек расширен до 8 мм. IV желудочек расширен до 9 мм. Большая цистерна мозга 8 мм, не расширена. Подбололочное пространство по конвексимальным отделам полушарий не расширено. Межполушарная щель не расширена.

НСГ от 23.07.2018: Заключение: состояние после вентрикуло-перитонеального шунтирования, размеры желудочков несколько сократились по сравнению с данными НСГ от 18.07.18.

Сохраняется недостаточная дифференцировка рисунка борозд и извилин, обусловленная морфофункциональной незрелостью. Определяется полость прозрачной перегородки до 2 мм. Ликворная система: Боковые желудочки расширены, в просвете правого бокового желудочка визуализируются фрагменты вентрикулярного катетера. Косой размер переднего рога: справа 13 мм, слева 16 мм. Высота тела: справа 13 мм, слева 18 мм. Глубина затылочного рога: справа 38 мм, слева 44 мм. Высота височного рога: справа 12 мм, слева 10 мм. Сосудистые сплетения асимметричные, с неровными контурами. Зрительные бугры без особенностей. III желудочек расширен до 5 мм. IV желудочек расширен до 9 мм. Большая цистерна мозга 8 мм, не расширена. Подбололочное пространство по конвексимальным отделам полушарий не расширено. Межполушарная щель не расширена.

НСГ от 25.07.2018:

Сохраняется недостаточная дифференцировка рисунка борозд и извилин, обусловленная морфофункциональной незрелостью, полость прозрачной перегородки до 2 мм. В левой теменной области перивентрикулярно визуализируются небольшие кистозные образования диаметром до 5 мм. Ликворная система: Боковые желудочки расширены, в просвете правого бокового желудочка визуализируются фрагменты вентрикулярного катетера. Косой размер переднего рога: справа 12 мм, слева 16 мм. Высота тела: справа 13 мм, слева 19 мм. Глубина затылочного рога: справа 41 мм, слева 49 мм. Высота височного рога: справа 11 мм, слева 10 мм. Сосудистые сплетения асимметричные, с неровными контурами. Зрительные бугры без особенностей. Слева визуализируется небольших размеров субэпендимная киста диаметром до 5 мм. III желудочек расширен до 4,5 мм. IV желудочек не расширен. Большая цистерна мозга 8 мм, не расширена. Подбололочное пространство по конвексимальным отделам полушарий не расширено. Межполушарная щель не расширена.

Заключение: состояние после вентрикуло-перитонеального шунтирования, размеры желудочков без динамики по сравнению с данными НСГ от 23.07.18.

НСГ от 06.08.2018: Заключение: состояние после вентрикуло-перитонеального шунтирования, размеры желудочков сократились по сравнению с данными НСГ от 25.07.18.

Сохраняется недостаточная дифференцировка рисунка борозд и извилин, обусловленная морфофункциональной незрелостью. В левой теменной области перивентрикулярно визуализируются небольшие кистозные образования диаметром до 5 мм. Ликворная система: Боковые желудочки расширены, в просвете правого бокового желудочка визуализируются фрагменты вентрикулярного катетера. Косой размер переднего рога: справа 11 мм, слева 12 мм. Высота тела: справа 12 мм, слева 14 мм. Глубина затылочного рога: справа 34 мм, слева 41 мм. Высота височного рога: справа 10 мм, слева 8 мм. Сосудистые сплетения асимметричные, с неровными контурами. Зрительные бугры без особенностей. Слева визуализируется небольших размеров субэпендимная киста диаметром до 5 мм. III желудочек до 4 мм. IV желудочек не расширен. Большая цистерна мозга 8 мм, не расширена. Подбололочное пространство по конвексимальным отделам полушарий не расширено. Межполушарная щель не расширена.

УЗИ от 18.07.18: БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ: в различных отделах визуализируются фрагменты перитонеального катетера. Свободной жидкости в брюшной полости и полости малого таза на момент осмотра достоверно не определяется.

УЗИ от 23.07.18: БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ: в различных отделах визуализируются фрагменты перитонеального катетера. Свободной жидкости в брюшной полости и полости малого таза на момент осмотра достоверно не определяется.

УЗИ от 25.07.18: БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ: в различных отделах визуализируются фрагменты перитонеального катетера. В межпетлевых пространствах определяется небольшое количество анэхогенной свободной жидкости.

УЗИ от 06.08.18: БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ: в различных отделах визуализируются фрагменты перитонеального катетера. В межпетлевых пространствах определяется небольшое количество анэхогенной свободной жидкости.

Эхо-КГ от 24.07.2018: Заключение: Структурных и гемодинамических нарушений не выявлено. Открытое овальное окно 3 мм. Патологической сепарации перикарда нет. Патологических внутрисердечных образований не выявлено

ЧСС 150 уд/мин МО мл/мин Левое предсердие: 8мм Митральный клапан: СТОРКИ ТОНКИЕ, ПОДВИЖНЫЕ ФК 10мм Градиент давления 3,0 ммHg Степень регургитации 1 (+) Левый желудочек: КДР 17 мм КСР 10 мм КДО 9 мл КСО мл

УО мл ФВ 75 (> 65)% ЗСЛЖ 3 мм Индексированный КДО 69 при норме 20-65 мл/м² Аортальный клапан: 3-ХСТВОРЧАТЫЙ, СТОРКИ ТОНКИЕ, ПОДВИЖНЫЕ

Степень регургитации — (+) ФК 6 мм Градиент давления 2,7 ммHg Аорта Диаметр восходящей аорты 7 мм Дуга 5 мм перешеек 8 мм с пиковым градиентом 1,5 при норме до 20 мм рт ст Правое предсердие 6 ММНЕ

Правый желудочек 7 ММ РАСШИРЕНЫ

Трёхстворчатый клапан: СТОРКИ ТОНКИЕ ПОДВИЖНЫЕ. Степень регургитации 1 (+) ФК 8

мм Градиент давления 2,7 ммHg Клапан лёгочной артерии: СТОРКИ ТОНКИЕ,

ПОДВИЖНЫЕ Степень регургитации 1 (+) Фк 7 мм градиент давления 5,1 ммHg

Диаметр ствола 6 мм Правая ветвь 3 мм левая ветвь 3 мм Расчётное давление в

лёгочной артерии до 20/5 при норме до 30/10 мм рт ст Мжп: интактна. движение правильное,

толщина 3 (н3-4,5) мм. МПП: открытое овальное окно 3 мм с левоправым сбросом Перикард:

без особенностей Доп. особенности: кровоток через артериальный проток не определяется

УЗИ от 25.07.2018: Заключение: эхографических признаков структурных изменений органов брюшной полости, пилоростеноза не выявлено.

ПЕЧЕНЬ: топография не изменена, размеры не увеличены, соотношение сегментов не изменено: ПЗР правой доли 47 мм, левой доли 28 мм, индекс I сегмента до 30%. Паренхима печени средней эхогенности, однородная. Край печени острый. Сосудистый рисунок не изменен. Видимые фрагменты внутрипеченочных протоков не дилатированы, стенки их не изменены. Диаметр воротной вены в проекции ворот 3 мм.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: частично сокращен на фоне приема пищи, просвет эхонегативный.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: топография не изменена, визуализируется фрагментарно. На видимых участках контуры четкие, ровные. Паренхима средней эхогенности, однородная. Видимые фрагменты Вирсунгова протока не дилатированы.

СЕЛЕЗЕНКА: не увеличена, 31 x 9 мм. Контуры четкие, ровные. Паренхима средней эхогенности, однородная. Видимые фрагменты внутрипаренхиматозных сосудов и сосудистой ножки селезенки без признаков деформации и дилатации, структура их стенок без особенностей. Селезеночная вена не расширена.

В желудке небольшое количество неоднородного содержимого.

Привратник: толщина мышечного слоя 2,3 мм, общая длина до 10 мм, перистальтика сохранена, пассаж из желудка в двенадцатиперстную кишку прослеживается.

В брюшной полости и полости малого таза свободной жидкости и патологических включений не выявлено.

Петли кишечника не расширены, перистальтика их сохранена.

ЭЭГ от 27.07.18: В записи доминирует диффузная низкоамплитудная медленноволновая активность представленная колебаниями преимущественно тета диапазона, реже- колебаниями дельта диапазона, в сочетании с диффузной низкоамплитудной бета активностью. Региональные амплитудные различия ослаблены. Бета активность представлена диффузно, с преобладанием в лобно-височных отделах полушарий, с переменной латерализацией, амплитудой до 10 мкВ, нередко трудно дифференцируется на фоне многографических артефактов.

Сон слабо дифференцирован от бодрствования. Регистрируется диффузная медленноволновая активность преимущественно тета, реже- дельта диапазона, в сочетании с диффузной низкоамплитудной бета активностью.

Фотостимуляция: фотопароксизмальная реакция не зарегистрирована. Эпилептиформная активность на участках записи свободных от артефактов не зарегистрирована.

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ: Консультация эндокринолога от 09.07.2018: Учитывая результаты неонатального скрининга (ретест 17 ОП - 28,66 нмоль/л), клиничко-лабораторные данные для подтверждения/исключения диагноза: АГС, необходимо дообследование

- 1) исследование гормонального профиля: АКТГ, 17-ОП, тестостерон, ренин прямой
- 2) в настоящий момент терапию препаратом Гидрокортизона продолжить Кортэф (1 таб = 10 мг) по 1/10 таб x 3 р/д реч ос коррекция терапия после получения результатов гормонального профиля
- 3) контроль электролитов (калий, натрий) 1 раз в день
- 4) консультация эндокринолога после получения результатов дообследования

Консультация эндокринолога от 13.07.2018: Учитывая результаты лабораторных исследований диагноз врожденная дисфункция коры надпочечников может быть снят.

Рекомендовано

1. Постепенная отмена гидрокортизона (кортеф) в течении 3-х дней.
2. Контроль уровня кортизола, АКТГ, 17 ОП, электролитов крови через 7-10 дней.

Консультация эндокринолога от 25.07.2018: Данных за эндокринную патологию нет

Консультация нейрохирурга от 10.07.2018: Р-но:

- по результатам анализа ликвора консультация нейрохирга
- МРТ головного мозга

Консультация невролога от 12.07.2018: Тяжелое перинатальное поражение ЦНС гипоксически-геморрагического генеза. ВЖК 2 ст. Синдром церебральной депрессии, вегето-висцеральной дисфункции. Прогрессирующая окклюзионная постгеморрагическая гидроцефалия.

Рекомендовано: контроль окр.гол. 1 раз в день, проведение нейровизуализации (МРТ головного мозга), контроль НСГ, наблюдение нейрохирурга.

Консультация невролога от 30.07.2018: Перинатальное поражение ЦНС смешанного (гипоксически-геморрагического генеза). Окклюзионная постгеморрагическая гидроцефалия. Носитель ВПШ

Рекомендовано:

- проведение ТМС
- контроль МРТ головного мозга + КУ по показаниям

Консультация невролог от 03.08.2018: Перинатальное поражение ЦНС смешанного (гипоксически-геморрагического генеза). Окклюзионная постгеморрагическая гидроцефалия. Носитель ВПШ

Рекомендовано:

- наблюдение невролога амбулаторно
- контроль НСГ 1 раз в месяц
- контроль прироста окружности головы
- консультация врача ЛФК
- левокарнитин 30% 3 кап x 3 р/д длительно

Консультация нейрохирурга от 12.07.2018: Окклюзионная постгеморрагическая гидроцефалия. Показано оперативное лечение - вентрикулоперитонеальное шунтирование в плановом порядке.

Планируется проведение МРТ головного мозга на 13.07.2018

Решение вопроса о сроке оперативного лечения по результатам МРТ головного мозга, при отрицательных посевах ликвора.

Консультация окулиста от 13.07.2018: OU- Преретинопатия (Н 35.1)

Рекомендации:

- повторный осмотр через 7 дней.

6
Консультация окулиста от 24.07.2018: OU- Преретинопатия (Н 35.1)

Рекомендации:

- повторный осмотр через 7 дней.

Консультация окулиста от 02.08.2018: OU - Ретинопатия недоношенных I стадия. Активная фаза. (H35.2)

Рекомендации:

- осмотр офтальмологом 09.08.2018.

ОПЕРАЦИИ: 17.07.2018 Вентрикулоперитонеальное шунтирование, Анестезия: Эндотрахеальный наркоз

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ: 1) Инфузионная терапия 13.07.18, 02.08.18 с по , частичное п/э питание с по

2) Амписид 150 мг/кг/сут с 13.07.18 по 20.07.18

3) Кортэф 2 мг/кг/сут с постепенным снижением дозы с 09.07.18 по 14.07.18

4) Диакарб 25 мг x 1 раз в день per os с 09.07.18 по 12.07.18

5) Препараты железа 6 мг/кг/сут с 09.07.18 по 16.07.18, с 20.07.18 по 07.08.18

6) Холекальциферол 1000 МЕ x 1 раз в день per os с 09.07.18 по 07.08.18

7) Мотилиум по 0,5 мл x 3 раза в день с 11.07.18 по 16.07.18

8) Эпокриф 200 МЕ/кг/3 раза в день п/к с 14.07.18 по 16.07.18, с 23.07.18 по 06.08.18

9) Гематрансфузия эритроцитарной взвеси A(II) Rh положительная 15 мл/кг в/в капельно 16.07.18

СОСТОЯНИЕ ПРИ ВЫПИСКЕ: Возраст 2 мес 4 дня (ГВ 28 нед - ПКВ 37 нед)

Температура: 36,4

Масса: 2088 грамм

ЧСС - 140 в мин

ЧД - 36 в мин

Окр. головы 33 см, БР 2*2см, М.Р. 0.5 см.

Состояние ребёнка удовлетворительное.

Глаза открывает, потягивается, взгляд фиксирует, непродолжительно прослеживает. Не лихорадит.

Активность нарастает. Тонус мышц улучшился. Рефлексы симметричные, быстро истощаются.

Патологической неврологической и глазной симптоматики нет. Судорог нет

Высасывает норму из бутылочки, питание усваивает. Динамика массы тела положительная.

Кожный покров и слизистые чистые. Цвет кожи: бледно-розовая с мраморным рисунком. Слизистые розовые, чистые. Отеков нет.

Дыхание проводится во все отделы, пуэрильное. Хрипы не выслушиваются. Одышки нет.

Тоны звучные, ритмичные. Систолический шум выслушивается в V точке аускультации, не иррадирует.

Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Печень, селезенка не увеличены.

Стул желтого цвета, кашицеобразный, без патологических примесей, после стимуляции.

Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, правильно, яички в мошонке с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Моча светлая.

Status localis: На голове в области правой теменной кости, по переденей поверхности грудной клетки и живота пальпируется под кожей шут, кожа не гиперемирована.

Заключение: На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось: стал активнее, неврологический статус с улучшением в виде нарастания активности, умеренного оживления рефлексов, анемический синдром не нарастает. За время пребывания патологической неврологической симптоматики, судорог отмечено не было. Эпителизировалась пупочная ранка. Толерантность к энтеральному питанию улучшилась, динамика массы тела положительная.

В стационарном лечении не нуждается. Выписывается домой под наблюдение участкового педиатра, невролога. Рекомендации даны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Поступил в возрасте 1 мес 6 дней в средне-тяжелом состоянии за счет неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения вследствие гипоксически-геморрагического поражения ЦНС на фоне прогрессирующей гидроцефалии на фоне недоношенности, анемии.

За время пребывания:

В возрасте 1 мес 10 дней по результатам генетического анализа и лабораторных данных эндокринологом был снят диагноз ВДКН, после чего начата постепенное снижение дозы кортефа с отменой.

13.07.18 по результатам посева ликвора с учетом чувствительности была начата антибактериальная терапия, удален ЦВК.

16.07.18 в клинической картине отмечалось нарастание гемической гипоксии, по лабораторным данным нарастание анемии, в связи с чем была проведена гематрансфузия эритроцитарной взвеси А(II) Rh положительная.

17.07.18 ребенку была выполнена нейрохирургическая операция вентрикулоперитонеальное шунтирование по поводу окклюзионной гидроцефалии. После проведения операции под наблюдение ребенок был переведен в отделение реанимации. Проводимая терапия: Респираторная поддержка (ИВЛ 17.07.18, СРАР 18.07.18, с 19.07.18 О2-канюли, далее О2 диффузно), а/б терапия (амписид 150 мг/кг/сут), стимуляция ДЦ (20% кофеин 5 мг/кг/сут). После стабилизации состояния ребенок был переведен на 2й этап выхаживания.

РЕКОМЕНДАЦИИ: 1) Кормить по 50 мл через 3 часа – грудью, сцеженным грудным молоком, при нехватке молока докармливать адаптированной молочной смесью.

2) Колекальциферол по 1000 МЕ ежедневно.

3) Наблюдение невролога, педиатра

4) Мед отвод от прививок по решению участкового педиатра, невролога, не ранее 6 мес.

5) Осмотр окулиста через 1 нед.

6) Препараты железа 6 мг/кг/сут - 1 мес.

7) Консультация ортопеда + УЗИ тазобедренных суставов в возрасте 3 мес.

8) Контроль прироста окружности головы 1 раз в 3 дня.

9) Консультация врача ЛФК.

10) 30% левокарнитин по 3 кап x 3 раза в день per os длительно (назначение невролога).

11) Контроль анализа крови (+ ретикулоциты) через 1 нед.

12) Контроль анализа мочи+посев через 10 дней.

13) Контроль УЗИ брюшной полости и почек, сердца, НСГ через 1 мес.

14) Потовая проба при достижении массы тела 3 кг.

Контактов с инфекционными больными не имел.

Мать БОЧАРОВА ЛЮДМИЛА ГРИГОРЬЕВНА находился(ась) в отделении по уходу за ребенком круглосуточно.

Лечащий врач:

Зав. отделением



Дубенок Светлана Юрьевна
Кругляков Андрей Юрьевич

Выписка отдана маме (отцу) на руки. С рекомендациями ознакомлен(а)