

Ребенок Петропавловский Вова 12 дней, (д.р. 28.01.2016), находился на лечении в АОДКБ с 09.02.16. по 08.08.16. (09.02-11.05.16. ОРН; 11.05-29.05. ОАРИТ, 29.05. 2 сом отд, 29.05-28.06. ОАРИТ, с 28.06. 2 сом отд.).

Адрес прописки и проживания: Архангельск, пр. Новгородский, 175-53.

Клинический диагноз:

Основной: Р 91.8 Тяжелое органическое поражение ЦНС, постгеморрагическая окклюзионная шунтзависимая гидроцефалия, состояние после вентрикулоперитонеального шунтирования справа от 25.04.16., с формированием перивентрикулярной лейкомаляции.

Осложнение: Судорожный синдром резистентный к противосудорожной терапии, вероятно трансформирующий в симптоматическую эпилепсию. Синдром двигательных нарушений. Грубая задержка психомоторного развития.

Сопутствующие: Язвенно-некротический энтероколит с перфорацией, состояние после лапаротомии, ревизии брюшной полости от 15.02.16 и релапаротомии с разделением спаек от 21.02.16. Носитель энтеростомы. Ретинопатия недоношенного активная фаза, 3 степени обоих глаз, регресс, состояние после двусторонней лазеркоагуляции сетчатки от 20.04.16. Частичная атрофия дисков зрительных нервов обоих глаз. Бронхолегочная дисплазия, новая форма, средней степени, неполная ремиссия. Цитомегаловирусная инфекция, реконвалесцент. Анемия смешанного генеза (железодефицитная и поздняя недоношенного) средней степени тяжести, в процессе лечения. Двусторонняя пиелозктазия. Бессимптомная бактериурия. Ослабления недоношенного. Фон: Недоношенность 24 недели, ЭНМТ (вес при рождении 850 грамм)

Поступил экстренно, переведен из родильного дома им Самойловой для обследования и продолжения лечения.

Анамнез жизни и заболевания ребенок от 3 беременности (1 – в 2010 г- замершая 2- срочные роды) протекавшей на фоне: угрозы прерывания в 5, 7-8 нед, рубца на матке. Поступала в род дом с кровянистыми выделениями. Срочное кесарево сечение по отслойке плаценты в сроке 24 нед 6/7. Истинный узел пуповины, околоплодные воды с темными сгустками. Общая кровопотеря 1100мл. При рождении вес - 850 гр, рост 33 см, Огол 24 см, Огр 20,5 см, ОА 3/4/6 баллов. Состояние при рождении крайне тяжелое, полный комплекс реанимационных мероприятий в род зале (отсроченное пережатие пуповины, продленной раздувание легких, интубация перевод на ИВЛ, введен курсурф). Состояние в первые сутки жизни нестабильное: артериальная гипотензия, потребовавшая волемиической нагрузки, инотропной терапии (допамин + добутрекс) в течение 3 суток, далее без инотропной поддержки. Легочное кровотечение на фоне ГЗ ОАП, отека легких на 2 сутки жизни. Терапия ибупрофеном не проводилась. На 2-е сутки: желтушный синдром, потребовавший фототерапии; признаки ВЖК 3-4 ст. с развитием окклюзионной гидроцефалии, ежедневно выполнялись вентрикулярные пункции. В ОАЛ высокое содержание белка (9,9 г/л), кокковая флора. Судороги не описаны. В течение всего раннего периода тяжелые метаболические нарушения- гипергликемия, повышение лактата. Переливание ФЭМ- 4 раза, СЗП 1 раз. Энтеральное питание не проводилось на фоне тяжелого состояния. а/б терапия – ампициллин+ гентамицин, меронем + ванкомицин. По Эхо КГ на 7 сутки жизни: выраженная гипертрофия ЛЖ, обструктивная форма, низкая фракция выброса -50%, не исключается поздний кардит. Проведен курс пентаглобина, виферона.

09.02.2016., на 13 сутки жизни поступил в ОРН АОДКБ на ИВЛ в очень тяжелом состоянии. В динамике состояние оставалось тяжелым прежде всего по неврологической симптоматике. СН, метаболическим нарушениям, относительная стабилизация к 12.02- нормализация АД, глюкозы, снижение инотропной поддержки, снижение дозы инсулина до 0,03 ЕД/кг/час, трофическое энтеральное питание. 12.02 выполнена операция Имплантация субгалеального резервуара слева. Течение анестезии без особенностей, послеоперационное обезболивание- фентанил в течение суток. В последующем пункции субгалеального резервуара по 5 мл/кг, дважды в сутки.

Резкое ухудшение состояния с 7.00ч 13.02.16- клиника ЯНЭК 3 ст, перфорация полого органа, картина сепсиса, септического шока, полиорганная недостаточность, развитие ДВС-синдрома. 13.02 выполнено дренирование брюшной полости, получено каловое содержимое. СРБ с повышением до 142мг/л. Противошоковые мероприятия: массивная волемиическая нагрузка, инотропная/вазопрессорная поддержка-допамин15, добутрекс 15 мкг/кг/мин, неоднократная трансфузия СЗП, ФЭМ, а/б терапия- меронем +ванкомицин + метронидазол. В течение 2 суток достигнута относительная стабилизация состояния. 15.02 выполнена операция лапаротомия, ревизия брюшной полости, одностольная илеостома. В ходе операции выявлена перфорация терминального отдела подвздошной кишки на расстоянии 4 см от илеоцекального угла. Отводящий отдел кишки резко инфильтрирован, сформировать отводящую энтеростому сформировать не удалось. В ходе операции состояние крайне тяжелое, нестабильная гемодинамика, тяжелая артериальная гипотензия, потребовавшая волемиической коррекции, массивной инотропной инотропной / вазопрессорной поддержки: добутрекс 15, допамин 15, адреналин 0,3 мкг/кг/мин. В динамике состояние с медленной стабилизацией: на ИВЛ, SIPPV умеренные параметры, минимальная кислородная зависимость, в сознании, на осмотр – гримаса, слабая двигательная активность, снижение инотропной поддержки, отмена адреналина, восстановление пассажа по ЖКТ- по энтеростоме отходил стул, купирование ДВС- синдрома, снижение СРБ до 24 мг/л. С 19.02- нарастание явлений нарушения пассажа по ЖКТ- отсутствие стула по энтеростоме, вздутие живота, большой объем застойного отделяемого по желудочному зонду, нарастание явлений холестаза( о. билирубин120 мкм/л, прямой 100 мкм/л). 21.02.16 выполнена Релапаротомия, ревизия брюшной полости, разделение спаек. В ходе операции- кровопотеря, потребовавшая трансфузии СЗП,ФЭМ, инотропная поддержка- допамин 5, добутрекс 5 мкг/кг/мин. В дальнейшем состояние с постепенной стабилизацией: отмена инотропной поддержки, полное парэнтеральное питание, антисекреторная терапия, медленное восстановление пассажа по ЖКТ, с 3.03- трофическое энтеральное питание Альфаре. Ежедневные пункции субгалеального резервуара, ликвор с медленной санацией.

В дальнейшем состояние с постепенным улучшением, расширение энтерального питания, купирование септического процесса, отмена а/б терапии с 16.03. Осмотрен офтальмологом- ретинопатии нет. Сохраняются явления холестаза (о билирубин 153 мкм/л, прямой 103мкм/л). Сформированная БЛД на фоне недоношенности, длительной ИВЛ.

С 17.03- начат курс дексаметозона. На фоне гормональной терапии динамика положительная - удается снижать параметры вентиляции. В течение двух суток находился на СРАР, однако 25.03 ухудшение по развитию инфекционного процесса - возобновлена ИВЛ, начата антибактериальная терапия (сульперазон + ванкомицин). СРБ 9,1 мг/л. В связи с появлением бурого отделяемого по желудочному зонду разгружался в кормлении.

Отмечается нарастание холестаза в динамике (о билирубин 232 мкм/л, прямой 64.9 мкм/л ГПТ 1811 ед/л). Не исключался вирусный гепатит. ПЦР мочи к ЦМВ от 25.03 – отр. Консультирован Яницкой М.Ю., выполнено УЗИ: признаки диффузного изменения печени, гипомоторная дисфункция желчного пузыря, данных за атрезию желчных



ходов нет. Продолжен урсосфалм. 27.03 в связи с анемией проведена трансфузия ФЭМ. Курс противогрибковой терапии в связи с дрожжевыми грибами в ОАМ. (27-88)

31.03 осмотрен офтальмологом: аваскулярные зоны во II – III зонах, контроль через 2 недели.

5.04 экстубирован на СРАР. Проводятся вентрикулярные пункции. Ликвор санирован (цитоз 11,0 10<sup>6</sup>/л; белок 1,06 г/л). Однако отмечается прогрессирование вентрикуломегалии, вероятно, за счет атрофии головного мозга (НСГ: VLS 24,2 - 32,2 - 38,8 мм; VLD 24,6 - 33,7 - 42,3 мм. ВЖК в стадии резорбции. ПВЛ с двух сторон). Неврологически ребенок в сознании, активный. Судорог нет. Консультирован нейрохирургом - вопрос о постановке ВПШ после достижения веса 2.000 кг. От СРАР уходит не удается. В легких дыхание ослаблено, БОС. Апноэ с брадикардией, десатурацией.

19.03 осмотрен офтальмологом: ретинопатия III, задняя агрессивная форма ОУ. 20.04 проведена лазерокоагуляция. В ОАМ лейкоцитурия до 20 в п.эр, дрожжевые грибки - начата антибактериальная терапия сульперазон, противогрибковая терапия дифлюкан.

Консультирован неврологом - диагноз, тактика ведения согласованы, по НСГ продолжает прогрессировать гидроцефалия: VLS 25,1 - 43,7 - 45,7 мм; VLD 24,7 - 40,1 - 46,9 мм. ВЖК в стадии резорбции. ПВЛ с двух сторон. 25.04

произведена вентрикулоперитонеостомия справа. Ребенок переведен на ИВЛ. В схему антибактериальной терапии добавлен ванкомицин. Далее ухудшение по развитию инфекционного процесса. Пневмония? Катетер-ассоциированная инфекция? Усиливались параметры вентиляции. СРБ с нарастанием до 104,5 мг/л В. ОАЛ: цитоз 6,8 10<sup>6</sup>/л, свежие эритроциты до 30-40, измененные до 15-30. Белок 1,03 г/л. Смена сульперазона на меронем. СРБ со снижением до 20,7 мг/л. 27.04 появились клонико-тонические судороги. Начата противосудорожная терапия фенобарбиталом. По НСГ:

VLS 29,3 - 38,2 - 48,0 мм; VLD 24,3 - 29,0 - 41,2 мм. ВЖК в стадии резорбции. ПВЛ с двух сторон. Консультирован нейрохирургом. - отрицательная динамика в виде нарастания гидроцефального синдрома, вероятно, обусловлена наличием у шунтирующей системы антисифонного клапана. 29.04 удаление антисифонного клапана справа. 1.05 плохо купируемые генерализованные тонико-клонические судороги. На фоне противосудорожной терапии реланиум 5

мг/кг/сут + лидокаин 2 мг/кг/час + фенобарбитал 20 мг/кг/сут сохраняются прокаторные судороги. ОГ 30,0 см (без нарастания). БР не напряжен. По НСГ свежей крови в желудочковой системе нет. Увеличился размер правого желудочка (32,0 -36,0-45,0 мм). 28.04 осмотрен офтальмологом: состояние после лазерокоагуляции сетчатки ОУ. Холестаз с уменьшением: общий билирубин 33,9 мкмоль/л, пр. билирубин 26,0 мкмоль/л, ГТТ134,2 ед/л. 6.05 вновь осмотрен офтальмологом: ретинопатия недоношенного, активная фаза, III ст, ОУ, начало регресса. Состояние после лазерокоагуляции сетчатки ОУ. 6.05 завершена антибактериальная терапия, однако 7.05 ухудшение по развитию

инфекционного процесса – вероятного катетер-ассоциированной инфекции, рост маркеров воспаления (СРБ 15,3 мг/л). Удален центральный венозный доступ. Возобновлена антибактериальная терапия. СРБ со снижением до 3,1 мг/л.

При попытке снизить дозу лидокаина вновь появились тонико-клонические судороги. Противосудорожная терапия усилена: фенобарбитал 18,0 мг/кг/сут + лидокаин 2 мг/кг/сут. Консультирован нейрохирургом, шунт функционирует. ОГ 31,0 см - не нарастает. БР 3 x 3 см, не выбухает. В хирургическом лечении в настоящий момент не нуждается. Появилась двигательная активность нефизиологичная: хаотические взмахи руками, вытягивания и подергивания ног, клонусы ног. Периодически рассеянные миоклонии, кратковременные судорожные подергивания. Плавающие движения

глазных яблок. Фиксации взгляда нет. В схему противосудорожной терапии добавлен трилептал, с постепенной отменой фенобарбитала. Консультирована неврологом, диагноз и тактика ведения согласованы.

11.05.2016. для дальнейшего лечения переведён в ОАРИТ АОДКБ состояние мальчика тяжелое, обусловлено неврологической симптоматикой на фоне постгеморрагической атрофической гидроцефалии, ВПШ от 25.04, ДН на фоне БЛД, холестатического гепатита. Гипертермия до 38С. Сознание медикаментозно угнетено (ПСТ). Отмечаются кратковременные тонико-клонические судороги на тактильную стимуляцию. Продолжена ИВЛ. В легких дыхание умеренно ослаблено, проводится во все отделы. Отмечаются явления БОС. Сатурация 91 - 99%. Кожный покров бледно-розовый, без микроциркуляторных нарушений, слегка иктеричный. Гемодинамика стабильная. ЧСС145 – 165 в

минуту. Тоны сердца ясные, ритм сокращений правильный. Живот подвздут, доступен глубокой пальпации. Стул по стоме отходит регулярно. Диурез достаточный. Вес 2588 гр.

В ОАРИТ: ИВЛ(5.05-16.05, 17.05-22.05, СРАР 16.05, 22.05-24.05 , а/б терапия( меронем до 18.05 далее цефепим по наст.момент, ванкомицин- отм.29.05) пст ( фенобарбитал, трилептал, лидокаин- отм), КВЯВ слева (14.05-28.05), антигистаминные, трансфузия эр.массы 20.05.16 кофеин, дифлюкан, урсосфальк, ингаляции с беродуалом, верошпирон профилактика рахита, мониторинг АД,ЧСС, диуреза, температуры, зондовое питание.

Осмотрен офтальмологом, нейрохирургом, гастроэнтерологом (см. осмотр от 20.05) , ЭХО КГ от 18.05

Состояние ребенка тяжелое, стабильное с положительной динамикой по ДН. Неврологический статус прежний. При осмотре беспокоится. Не температурит. Судорог за период наблюдения не было. Кожные покровы бледно-розовые с удовлетворительной микроциркуляцией, отеков нет. На спонтанном дыхании с 24.05. Дыхание адекватное, сохраняются эпизоды апноэ, разрешаются на тактильную стимуляцию+ O2 терапия. Газовый состав крови

удовлетворительный. Аускультативно дыхание проводится во все отделы симметрично, хрипов не слышу. Имеется кислородная зависимость при беспокойстве, сатурация снижается до 86%. В покое 90-96%. Тоны сердца отчетливые, ритм не нарушен, выслушивается систолический шум, ЧСС до 128-157/мин. АД 98/55-83/47. СБП 2 сек. Живот мягкий. Перистальтика выслушивается, питание усваивает. Стул отходит по стоме регулярно. Диурез адекватный. Вес 2780 гр.

29.05.16. попытка перевода ребенка в соматическое отделение – через 5 часов от момента перевода ухудшение по дыхательной недостаточности на фоне гипертермии, перевод в ОАРИТ для продолжения лечения.

29.05.16. лечение в ОАРИТ АОДКБ. Находился на ИВЛ, получал антибактериальную и жаропонижающую терапию. В связи с выявленной активно-текущей ЦМВ инфекцией проведен курс лечения ВВИГ (габриглобин 1,5 г/кг/курс) – перенес хорошо. С 31.05.16. усиление судорожного синдрома, сопровождаются десатурацией, брадикардией, купирована на фоне реланиум + фентанил. Рентгенологически от 01.06.16. – ателектаз слева, неравномерная пневматизация легочной ткани, утолщение паракостальной плевры двухстороннее, на фоне лечения к 02.06. ателектаз

расправлен. Учитывая длительную зависимость от ИВЛ, возникал вопрос о необходимости проведения трахеостомии – от родителей получен письменный отказ от манипуляции. При попытке добавления в рацион обогатителя (белковой добавки) – нарастание эозинофилии до 28%, после отмены – нормализация картины крови.

Проводится коррекция ПСТ (добавлена кеппра, конвулекс, проведен курс ГОМК, отменены трилептал и реланиум). При повороте на правый бок – эпизоды апноэ (неоднократно) с цианозом кожи и брадикардией до 90/мин. купируются после тактильной стимуляции. 19.06.16. после стабилизации состояния и снижении интенсивности судорожного синдрома (на фоне массивной, многокомпонентной ПСТ) – удалось экстубировать ребенка и перевести на спонтанное дыхание с постоянной ингаляцией увлажненного кислорода, сатурацию удерживает. 28.06.16. переведен во 2 СО.

Объективное обследование при поступлении во 2 соматическое отделение: Состояние тяжелое по неврологической симптоматике, телосложение правильное. Возраст на момент перевода 5 месяцев, ГВ 45 недель



(корректированный, с учётом недоношенности, возраст – 4,5 недели + 1 месяц). Меного зрительного и слухового сосредоточения нет. Уровень сознания оценить сложно, при осмотре глазки не открывает, на прикосновения вздрагивает, индуцированные и спонтанные клонусы стоп. Двигательная активность хаотичная, непостоянная. Кожа бледно-розовая, с легким мраморным рисунком и акроцианозом, чистая. Эластичность не нарушена, тургор тканей достаточный, подкожно-жировой слой развит умеренно. Пастозность мягких тканей, легкая отёчность стоп. Соску не сосет, питание зондовое, микроструйное, не срыгивает. Голова неправильной формы, послеоперационные рубцы на голове (после ВПШ) – состоятельны, без воспалительных изменений, справа, подкожно пальпируется помпа шунта. БР точечный. Слизистые чистые. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД до 68-80 в 1 мин, эпизоды тахипноэ до 86 в мин на фоне беспокойства. Над легкими дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧСС 138-144 в 1 минуту, на фоне беспокойства ЧСС до 158. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот правильной округлой формы, не вздут, перистальтика выслушивается, энтеростома функционирует, без признаков воспаления, кожа вокруг неё с негрубой мацерацией и гиперемией, проводится обработка. Печень + 1,5 см, край эластичный, селезенка не увеличена. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Кал через стому желтый, слегка разжижен. Без патологических примесей. Разведение в ТБС не ограничено.

При обследовании: общий анализ крови:

дата	Эр	НВ	MCV	MCH	рет	Тром	лейк	Эоз.	пл.кл	С/я	Лф	мон	СОЭ
04.07	2,58	73	88,4	22,8	-	241	10,21	4	-	69	18	9	5
05.08	5,22	138	78,2	26,4	39	313	8,48	13	1	27	47	12	1

**Биохимическое исследование крови:**

дата	Общ белок	мочевина	креат	билир о/пр	Fe	K	Na	Ca	P	СРБ	АЛТ	АСТ	глюкоза	ЩФ
05.07	44	3,1	36	4,6/1,5	4,4	4,4	143	2,2	-	3,1	22	31	2,9	1099
19.07	49	-	-	-	6,4	5,4	138	2,39	2,17	0,8	73	59	4,2	949
25.07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	-	-	-	-

19.07. коагулограмма – АЧТВ 37,3 с, фибриноген 1,86 г/л, МНО 1,23, ТВ 18,6 с, ПТ по Квику 69%, ПТВ 16,7 с – норма

29.07. уровень вальпроатов крови – до приёма препаратов 34 мг/мл, через 2 час а после 52 мг/мл.

06.07. Общие иммуноглобулины – А 0,19 г/л, М 0,62 г/л, G 9,5 г/л – возрастная норма.

28.06. посев крови – микрофлора не обнаружена.

18.05. а/т к ЦМВ – IgM – положительно, IgG отрицательно – активная ЦМВ-инфекция.

29.06. а/т к ЦМВ (контроль) – IgM – отриц, IgG положит (1,9), avidность 68% - формирование защитного иммунитета.

05.08. Общий анализ мочи – желт, прозр, 1005, кислая, белок и сахар – отр, эпит 3-6 в п.з., лейкоц 2-3 в п.з., эритроц 1-2 в п.з.

27.07. Посев мочи – *Pseudomonas aerogenosa* 10<sup>6</sup> КОЕ/мл, чувств: ципрофлоксацин, гентамицин, полимиксин, амикацин, меропенем, цефтазидим.

25.07. копрограмма – жел-зел, кашицей, лейкоциты 0-1 в п.з., дрожжевые грибки +. Трипсин и тканевой белок в кале отрицательно. Реакция Бенедикта 0,05-0,15 %.

07.07. общий анализ ликвора – прозр, бесцвет, белок 0,7, саар 3,33, Панди слабо-полож, хлор 88,1, цитоз 3\*10<sup>6</sup>. Микроскопия – свежие эритроциты и лейкоциты единичные в поле зрения.

22.07. ЭКГ – ритм синусовый, нормограмма, ЧСС 143 в мин. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса (копия на руки)

28.07. Эхо-КГ – межпредсердное сообщение 2,7-3,0 мм. ОАП не визуализируется.

18.05. УЗИ почек – правая 5,0\*2,0 см, левая 5,1\*2,0 см, паренхима 7-9 мм, дольчатой структуры, лоханка справа 8 мм, слева 6 мм. Заключение: пиелэктазия с 2х сторон.

18.07. рентгенография грудной клетки и брюшной полости (в прямой проекции горизонтально) – пневматизация легких понижена. Очаговых и инфильтративных изменений нет. Легочный рисунок усилен, деформирован оп ячеистому типу. Корни уплотнены, структурны, не расширены. Тень средостения с четкими контурами. Купола диафрагмы уплощены, четкие, ровные. Синусы свободны. Заключение: признаки БЛД. (снимок выдан на руки)

07.07. УЗИ брюшной полости – патологических образований и псевдокист по ходу шунта не выявлено.

07.07. Компьютерная томография головного мозга – отсутствие полости прозрачной перегородки, в следствие чего визуализируется единая полость тел боковых желудочков. Очаговых образований, участков патологической плотности в веществе головного мозга не определяется. VLD лоб рог 6,9 мм, затыл рог 21,8 мм, вис рог 12,3 мм. VLS лоб рог 9,3 мм, зат рог 20,3 мм, вис рог 11,9 мм. Тела бок. жел суммарно 58,5 мм. 3 жел 10,1 мм, 4 жел 12,1\*19,7 мм. Червь мозжечка четко не дифференцируется, гипотрофия миндалин мозжечка. Заключение: состояние после ВПШ и установки субгалеального дренажа – внутренняя симметричная гидроцефалия, гигрома области миндалин мозжечка. Аномалия Денди-Уокера не исключается. ЭЭД 2,1 мЗв.

06.07. Нейрохирург – диагноз вынесен. Рекомендации даны.

12.07. Офтальмолог – ретинопатия недоношенного активная фаза, 3 степени обоих глаз, регресс. Частичная атрофия дисков зрительных нервов обоих глаз. Контрольный осмотр через 3 месяца.

14.07. Хирург – ребенок носитель энтеростомы, закрытие стомы после проведения ирригографии и после стабилизации состояния.

27.07. Невролог – диагноз вынесен, рекомендации даны.

03.08. Консилиум (в составе зам главного врача, невролога, хирурга, лечащего врача) – ребенок из глубоко недоношенных, с рождения лечение в АОДКБ. ИВЛ в течение более 4х месяцев. В настоящее время тяжесть состояния обусловлена неврологической симптоматикой, судорожным синдромом. Прогноз для восстановления функций ЦНС неблагоприятный, реабилитационный потенциал низкий. Учитывая низкий уровень энтеростомы и отсутствие патологических потерь через неё, абсолютных показаний для закрытия стомы в настоящее время нет, осмотр хирургом через 1 месяц. Учитывая желание родителей, ребенок может быть выписан домой под наблюдение педиатра. По результатам консилиума проведена беседа с родителями ребенка.

**В лечении:** завершение курса антибактериальной терапии (сульцеф, меронем, ванкомицин, хемомицин) до 22.07, противосудорожная терапия (фенобарбитал + конвулекс + кеппра + клоназепам), вигантол 4 кап, ингаляции с беродуалом и пульмикортом до 14.07, ингаляции увлажненного O<sub>2</sub> до 01.08, феррум-лек с 11.07, нистатин 23.07-1.08., 15.02.16. лапаротомия ревизия брюшной полости, одноствольная илеостомия.

21.02.16. релапаротомия ревизия брюшной полости, разделение спаек, одноствольная терминальная илеостомия.

25.04.16. вентрикулоперитонеостомия справа.



За время наблюдения состояние тяжелое с положительной динамикой. Удалось уйти от ингаляционной терапии, на этом фоне дыхательной недостаточности нет, сатурация O<sub>2</sub> крови стабильно выше 94-96%.

Кормления зондовые, болюсные дробные, периодически необильно срыгивает (на фоне беспокойства или судорог). Живот мягкий, перистальтика активная, энтеростома функционирует, кожа вокруг стомы незначительно гиперемирована и мацерирована, на фоне обработки и ухода с улучшением. После проведения курса иммунокоррекции пролечена ЦМВ-инфекция, сформировался защитный иммунитет. Проявления анемии менее выражены на фоне терапии препаратами железа и витаминами. Контрольный ОАК и ОАМ без признаков воспаления.

У ребенка сохраняется судорожный синдром в виде тонического напряжения и клонических подергиваний конечностей с выгибанием туловища дугой, в динамике, на фоне массивной ПСТ – судороги чуть менее выражены, могут купироваться самостоятельно а руках у родителей. ЭЭГ не проведена из-за тяжелого состояния ребенка. В течение практически всего времени нахождения в отделении – температурит до фебрильных цифр, чаще в вечернее время (без признаков воспаления в анализах крови и мочи, расценивается как гипертермия центрального генеза на фоне судорог). С 2.08.16. не температурит. Шунтирующая система функционирует.

По уходу за ребенком находилась мама, правилам постановки зондов и уходу за энтеростомой обучена, все манипуляции родители выполняют самостоятельно.

На момент выписки окружность головы = 36,5 см

Ребенок выписан в стабильно - тяжелом по совокупности патологии состоянии, на зондовом кормлении, под наблюдение педиатра по месту жительства (извещение о планируемой выписке ребенка направлено в ГП№1 05.08.16. факсом).

Вес – 4600 гр (+3750 грамм с рождения).

#### Рекомендации:

1. Группа здоровья 5.
2. Наблюдение педиатром, неврологом на дому. **Посещение поликлиники строго противопоказано.**
3. Домашний режим. Купание и прогулки ежедневно. Гипоаллергенный быт.
4. Вакцинация - мед. отвод на 3 месяцев до стойкой ремиссии по припадкам.
5. Искусственное вскармливание: Альфаре по 90-100 мл № 8 через назогастральный зонд, введение прикормов отложить до следующей госпитализации во 2 соматическое отделение.
6. Коррекция остеопении: вигантол или витамин Д3 6 кап 1 р/д 1 месяц, далее по 3 кап 1 р/день до 3 х лет.
7. Коррекция анемии: феррум лек 3 мг/кг/сут по 1,5 мл 1 р/день – на 2 месяца (не смешивать с молочной смесью).
8. Противосудорожная терапия: Без замены на аналоги, постоянная коррекция дозы с учётом весовой прибавки.
  - фенобарбитал – 5 мг/кг/сут – порошки 0,0025 + 0,005 гр 3 р/день 6.00 – 14.00 – 22.00
  - конвулекс 40 мг/кг/сут - 1,8 мл 2 р/день 12.00 – 24.00
  - кеппра 30 мг/кг/сут 0,7 мл 2 р/день 06.00 – 18.00
  - клоназепам 0,00001 кг/сут порошки 0,000015 гр 2 р/день (в 10.00 1 порошок, в 22.00 2 порошка).
9. Курс биопрепаратов (бифидум бактерин или линекс или нормобакт-Л) – на 14 дней.
10. Обработка кожи вокруг стомы: статином, мазь баноцин, цинковой пастой регулярно.
11. С учётом БЛД: при присоединении ОРЗ обязательный осмотр педиатром, подключение ингаляционной терапии (беродуал, пульмикорт), госпитализация в стационар по месту жительства при необходимости.
12. Легкий материнский массаж ежедневно. Беречь от перегрева в ванной, не парить в бане, головной убор при пребывании на солнце, исключить просмотр телевизора, минимизировать резкие звуки, вспышки света. Профессиональный массаж, физиопроцедуры и ноотропные препараты строго противопоказаны.
13. Контрольный осмотр офтальмологом через 3 месяца.
14. Измерение окружности головы 1 раз в неделю маме вести дневник (индивидуальная см лента).
15. При нарастании признаков внутричерепной гипертензии, появлении рвоты, выраженном беспокойстве или угнетении, учащении судорожного синдрома, увеличении окружности головы более 2 см за 2 недели (норма +1 см в месяц), гипертермии без признаков интеркуррентных инфекций, нарушении ритма сердца, появлении бради- или тахикардии – экстренная госпитализация в АОДКБ, для решения вопроса о дисфункции шунта.
16. Обязательная плановая госпитализация во 2 соматическое отделение АОДКБ 12 сентября 2016 года (при необходимости – ранее) для контрольного обследования, коррекции противосудорожной терапии, осмотра хирургом – с направлением от педиатра и справкой об отсутствии карантина по месту жительства.
17. Учитывая тяжёлую неврологическую патологию, нарушающую формирование двигательных навыков, судорожный синдром, требующий постоянного приёма противосудорожной терапии, наличие шунтзависимой гидроцефалии – целесообразно в кратчайшие сроки направить ребенка на МСЭК по месту жительства для оформления пособия по инвалидности.

Карантина в отделении нет. Заведена амбулаторная карта ОДП.  
Суммарная ЭЭД за период госпитализации около 2,5 мЗв.

Лечащий врач Лукьянова Т. Н.,  
Врач невролог, и/о з/о Власова М.Ю.

О состоянии здоровья ребенка в доступной мне форме проинформирован.  
Законный представитель \_\_\_\_\_ 08.08.16

На руки выданы: пленка ЭКГ и Rg легких, копия выписки из роддома и протокол КТ головного мозга.

Назогастральные зонды №7 – 10 штук.

Медикаменты: фенобарбитал 0,0025 + 0,005 - по 18 порошков + клоназепам 0,000015 конвулекс, кеппра - на 5 дней.

