



Педиатрический Центр РБ№ 1

Хирургическое отделение

677010 РС (Я) г Якутск
Сергеляхское шоссе 4
"11" ЯНВАРЯ 2005 г _

Факс 8 (4112)321923
Телефон 395716, 395717

Выписка
из истории болезни № 7708/458

Ф.И.О.: Дьячковская Екатерина Александровна, 6 мес

Дата рождения: 18.06.04г.

Домашний адрес: г.Якутск ул. Винокурова 18.

Мать: Дьячковская Марфа Ивановна, 29 л, врач-терапевт

Отец: Дьячковский Александр Иванович. 33 г., врач-нейрохирург.

Дата поступления: 24.11.04.

Дата выписки:

Клинический диагноз: ВПР, атрезия внепеченочных желчных протоков, состояние после операции порто-энтеростомии по Касаи. Холангит. Формирующийся билиарный цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Гипохромная анемия 2 ст.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности (1 беременность-роды, 2 беременность-выкидыш), 2 родов в срок весом 3.200, рост 53 см. С рождения заподозрена атрезия желчных протоков, обследовалась в отделении инфекции новорожденных, исключен гепатит. Аллергоанамнез не отягощен. Родители здоровы.

Анамнез заболевания: оперирована в сентябре 2004г. в РДКБ г. Москвы по поводу атрезии внепеченочных желчных протоков, выполнена операция порто-энтеростомии по Касаи, выписана домой 05.10. С повышением температуры до 38-39 08.10.04г. поступила в ДИБ, где исключен инфекционный процесс. 14.10 переведена в ХО ПЦ НЦМ с диагнозом восходящий холангит после порто-энтеростомии по Касаи, билиарный цирроз печени. Поступала переводом из детской инфекционной больницы с жалобами на беспокойство, высокую температуру, механическую желтуху, метеоризм. Состояние ребенка тяжелое по заболеванию. Проведена катетеризация подключичной вены справа, из-за выраженной анемии (ЭР-1.98, НВ-59) 15.10 проведена гемотрансфузия отмытых ЭР 70 мл А(2) резус-положит. В отделении проводилась антибактериальная терапия (фортум с 14.10 по 200 мг х 3 раза, с 19.10 добавлен амикацин по 15 мг х 2 раза), инфузионная терапия (аминокислоты, альбумин, солевые растворы).

Несмотря на проводимое лечение лихорадка эпизодическая сохранялась, в связи с этим проведена смена антибактериальных препаратов на тиенам с 22.10 по 90 мг х 4 раза в/в в течение 7 дней, дифлюкан по 10 мг х 2 раза в/в 6 дней, также подключена гормонотерапия преднизолон по 10 мг/кг (25 мг х 2 раза) в/в в течение 5 дней. На фоне этой терапии улучшилось состояние ребенка, девочка стала активнее, не температурит. Выписалась с клиническим улучшением 29.10.04г. Консультирована гепатологом, рекомендовано: продолжить урсофальк 60 мг по % кап на ночь постоянно, ферменты (мезим-форте по 1/3 табл х 3 раза).

Через 2 дня после выписки опять начала лихорадить, в связи с чем находилась в отделении гастроэнтерологии с 02.11 по 18.11.04г. Проведен был курс клафорана 5 дней, смена на цефтриаксон (3 дня), гипертермия сохранялась, воспалительные изменения в анализах крови, проведен курс тиенама в течение 1 недели; пентаглобин №3, на фоне которого перестала лихорадить. В связи с карантином в отделении выписана 18.11. С 21.11 вновь подъемы температуры до 39, беспокойство, вялость, иктеричность кожных покровов, 24.11 повторно госпитализирована в ХО.

Проведённое лечение: состояние при поступлении тяжелое, вялая. Вес-6.060. Кожные покровы желтушные, склеры чистые. Катаральных явлений нет. Живот увеличен, на передней брюшной стенке выражена венозная сеть, печень +3 см, край острый, плотный, селезенка +6-8 см. Стул желтый, периодически светлый, моча темноватая. Продолжена антибактериальная терапия тиенамом по 90 мг х 4 раза, микосист 20 мг х 2 раза, верошпирон, хилак-форте, урсофальк. О/а крови от 25.11: лейкоц-8.0, ЭР-2.41, НВ-69, СОЭ-82 мм/ч, л/ц-61, с/я-18, п/я-5, м/ц-8, эоз-8. О/а мочи от 26.11: уд.вес-1025, белок-0, 165, желчные пигменты ++, уробилин-отриц, лейкоц-2-0-3 в п/зр. Диастаза мочи-64 ед. Гемотрансфузия отмытых ЭР А(2) резус-положит - 50, 0 от 27.11.

Биохимия крови от 26.11: креат-31, ЩФ-455, амилаза-33, глютамилтрансфераза- 680, холестерин-3.5, белок-55, альб-21, билирубин общ-77.2, прямой-48.2, сахар-4.5, АЛТ- 40.9, АСТ-46.

УЗИ брюшной полости от 01.12.04: печень увеличена, контур ровный, ТПД-98 мм, ГАД-50 мм, диффузно неоднородная, эхоплотность повышена. В области ворот выраженное уплотнение печеночной ткани, портальная вена 3, 5 см, не расширена. Поджелудочная железа увеличена, головка 18 мм, тело 8 мм, хвост 14 мм. Селезенка увеличена, 78X38 мм, эхоструктура однородная. Почки типично, правая 65X30 мм, дольчатое строение, паренхима 11мм, ЧАС не расширена, левая почка 66X32 мм, паренхима 11 мм, ЧАС не расширена. Свободная жидкость не визуализируется. Заключение: состояние после операции, эхопризнаки гепатоспленомегалии, диффузные изменения печени, поджелудочной железы, почек.

Лечение: тиенам с 24.11 по 01.12, смена с 01.12 на сумомед через рот, на фоне которого с 03.12 ухудшение состояния ребенка: вялая, периодическая лихорадка, иктеричность кожных покровов, стул светло-желтый, моча темная. О/а крови от 03.12: лейкоц-3.3, ЭР-3.34, НВ-87, СОЭ-34, л/ц-49, с/я-11, м/ц-4, юн-12, миелоц-б, п/я-13, эоз-4, баз-1. Повышение билирубина от 05.12: общий-138, 8, прямой-87.6. Проведен консилиум от 06.12 с зав. гастроэнтерологическим отделением, гепатологом, решено перейти на тиенам. Посев крови на стерильность от 08.12- роста нет. Посев мочи от 14.12- роста нет. На фоне тиенама биохимия крови от 09.12: ЩФ-368, глютамилтрансфераза-641, белок-64, билирубин общ-43.2, прямой-

27.9, АЛТ-28.8, АСТ-36.8. Иммунограмма от 09.12: Jg A-2.569 (норма 0, 3-0, 4 г/л); Jg M-5.491 (норма 0, 6-0, 7 г/л); Jg G-13.020 (норма 4, 5-6, 0 г/л); ЦИК-86.1 (норма 95-100%); СД3+ -87 (40-80); СД4+ -63 (30-50); СД8+ -28 (15-30); СД16+ - 5 (6-18); СД20+ - 8.0 (10-30). Консультирована клиническим фармакологом, предложена эмпирическая антибактериальная терапия цефоперазоном в/в или амоксилав в/в. Тиенам получила по 90 мг x 4 раза в/в с 01.12 по 13.12, с 14.12 смена на амоксилав! в/в по 120 мг x 3 раза.

Консультирована иммунологом, заключение- вторичная иммунная недостаточность комбинированная на фоне основной болезни, активация иммунного ответа. Рекомендовано добавить в лечение полиоксидоний по 3 мг в/м через день №2, затем через 2 дня, всего проведено №8; траумель по схеме через рот, виферон в свечах.

15.12 заочная консультация с РДКБ г. Москвы- рекомендована обследовать на ЦМВ, виферон в свечах, если предполагать наличие холангита предложена схема антибактериальной терапии: роцефин, метрогил, амикацин. Девочка сдавала ПЦР на ЦМВ в ноябре- результат был отрицательный, в отделении ПЦР не повторено.

В связи с неэффективностью (наличие симптомов интоксикации, гипертермии) амоксилав отменен 17.12, смена на метрогил по 15 мг x 3 раза в/в, роцефин по 400 мг x 1 раз в/в, амикацин по 30 мг x 2 раза в/в, дифлюкан по 30 мг x 1 раз в/в, дезинтоксикационная инфузионная терапия. На фоне данной терапии состояние ребенка улучшилось, 22.12 отменен амикацин, с 23.12 отмечается периодическая лихорадка. Посев крови на стерильность на высоте температуры повторен от 27.12- стерильно, посев мочи от 28.12- роста нет, гибков нет. В связи с анемией (ЭР-2.45; НВ-69 от 27.12) гемотрансфузия 29.12 с индивидуальным подбором.

Смена антибактериальной терапии с 28.12 на цефоперазон по 200 мг x 3 раза в/в. Рентген грудной клетки - без воспалительных явлений. Коррекция инфузионной терапии реаниматологом- альбумин, глюкозо-солевые растворы. Вес от 10.01.05- 6.800. Состояние с клиническим улучшением, стала активнее, сосет хорошо, по, 150 через 3 часа. Желтухи нет. Дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет, одышки нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 130 в мин. Живот подвздут, выражена венозная сеть на передней брюшной стенке, печень увеличена до +6.0, край плотный, острый, селезенка +10 см. Стул кашицей, окрашенный, желтый, периодически светло-коричневый, моча стала светлее.

ЭХОкг от 27.12: ООО, дополнительная трабекула в полости ЛЖ, полости сердца не расширены, систолическая функция миокарда ЛЖ сохранена, ФВ-68%. На УЗИ контроле брюшной полости от 10.01.05- незначительное количество свободной жидкости в брюшной полости до 10 см2.

Кроме антибактериальной, дезинтоксикационной, иммунотерапии получает мочегонные - верошпирон через день, биопрепараты (хилак-форте, затем линекс), урсофальк, флуконазол по 1/2 капс x 1 раз в день с профилактической целью.

Кал на дисбактериоз от 14.12: нет бифидобактерий, молочнокислых палочек, грибов нет, имеется условно-патогенная клебсиелла 10-7.

О/а крови от 11.01: лейко-7.7, ЭР-2.90, НВ-78, тромб-175, по мазку-217, СОЭ-61 мм/ч, п/я-11, с/я-36, эоз-5, баз-1, м/ц-2, л/ц-45, сверт-3.07, длит.кр-0.30.

О/а мочи от 11.01: щелочн, желтая, уд.вес-1030, белок-0, 099 г/л, уробилин, желчные пигменты отрицательно, лейкоциты-1-2 в п/зр, слизь+, соли мочевой кислоты+.

Биохимия крови от 11.01: креатинин-41, белок-79.7, альбумин-31, билирубин общ-21.6, прямой-11.0, АЛТ-56.3, АСТ-61.2.

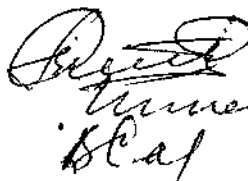
На ребенка получен вызов на госпитализацию в НЦЗД, отделение гепатологии для обследования и решения вопроса возможности трансплантации печени на 24.01.05г.

Выписка подготовлена для направления на специализированное лечение по вызову.

Зам. директора ПЦ по хирургии:

Зав. хирургическим отд.:

Лечащий врач:



Соболевский В.Ф.

Николаев В.Н.

Саввина В.А.