

ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 9  
им. Г.Н.Сперанского

Городской консультативно-диагностический центр детской иммунопатологии и аллергологии.

отделение педиатрии в т.ч. иммунологии

Адрес: г. Москва, Шмитовский проезд, 29

тел.:499-259-94-90

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

из истории болезни № 34687

Ли Алина Игоревна, 1г 6мес (2.04.2013г.р.),

Клинический диагноз: Аденовирусная инфекция, острый гастроэнтерит. Токсикоз с эксикозом 2-3степени.

Острая преренальная почечная недостаточность (олигурия, азотемия).

Нейробластома забрюшинного пространства с поражением забрюшинных л/у, III стадия, высокий риск.

Носитель илеостомы от24.07.14г"

Поступила в ОРИТ инф. 12.10.14г 12:50 из приемного отделения на консультацию, с направляющим диагнозом: "Острый гастроэнтерит. Нейробластома. Состояние после скintiграфии". (в сопровождении матери). По тяжести состояния была оставлена в ОРИТ.

**В анамнезе:** постоянно проживает в г.Калининград, наблюдается и проходит лечение по поводу нейробластомы забрюшинного пространства (выписки предоставлены), прибыли в Москву для проведения скintiграфии в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н.Блохина, 9.10.14г в/в был введен радиоизотоп (со слов матери доза была превышена в 1,5раза), 10.10.14г после премедикации (реланиум, дроперидол, димедрол) выполнено диагностическое исследование, через 40мин отправлена домой, повторный осмотр назначен на 13.10.14г. Весь день была вялой, сонной, снизился аппетит, с утра 11.10.14г капризна, сохранялась вялость, к вечеру присоединилась тошнота, ночью - рвота после обильного питья 3-4 раза. На 3-й день 12.10.14г состояние не улучшилось, обратились за помощью в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н.Блохина, приняты не были, вызвали СМП и доставлены в ДГКБ №9 им.Г.Н.Сперанского с направляющим диагнозом: "Гастроэнтерит".

**При поступлении:** состояние тяжелое. T=37°C, ЧСС=132', ЧД=42', АД=88/36 мм рт.ст., SpO2=99%.

Сознание ясное, вялая, адинамичная, засыпает с закатыванием глаз. Очаговой, менингеальной симптоматики нет. Одышка метаболического типа. Кожа бледная, чистая, сухая, тургор тканей снижен. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, умеренная тахикардия, нормотензия. Живот увеличен в объеме, мягкий при пальпации, илеостома справа. Калоприемник пустой. Мочи при осмотре нет. Отеков нет.

Азотемия мочевины 20,9ммоль/л, креатинин 143мкмоль/л.

Декомпенсированные метаболические нарушения pH=7,25, pCO2v=21,5mmHg, pO2=90,8mmHg, SatO2=96,4%, BE=-16,5mmol/l, Lac=1,7mmol/l, Glu=3,6mmol/l.

**Группа крови В(III) третья, резус положительная, Kell отриц.**

**13.10.14г AntiHCV- отриц., HBsAg - отрицат.**

**ОАК:** Hb=128g/l, лейкоциты 7,0тыс (п-5%, с-60%, э-1%, л-27%, м-6%, СОЭ 21мм/ч), тромбоциты 695тыс. ЦРБ отрицательный.

**13.10.14г Латекс-тест кала положительный на аденовирусы.** Я/гл не обнаружены, энтеробиоз отрицательно.

**Кровь ПЦР 13.10.14 г - слабо положительный результат Herpes VI type.**

На фоне проводимой инфузионной терапии метаболические нарушения скомпенсированы. Устойчиво бодрствует, адекватно реагирует на осмотр, вяловата. Очаговой, менингеальной симптоматики нет. Субфебрильно лихорадит. Кожа бледно-смузлая, чистая, сухая. Отеков нет. Дыхание равномерное, ЧД=30', в оксигенотерапии не нуждается, показатели газообмена удовлетворительные: насыщение крови кислородом по пульсоксиметру 100%.

Аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон, хрипов нет.

На рентгенограмме в легких 13.10.14г воспалительных инфильтраций нет, легочный рисунок обогащен с обеих сторон во внутренних отделах, тень сердца широко прилежит к диафрагме.

Гемодинамика стабильна, в вазопрессорной/инотропной поддержке не нуждается. ЭКГ ритм синусовый, ЧСС=130уд в мин, нормотензия 90/60 мм рт.ст.

Живот увеличен в объеме, мягкий, размеры печени, селезенки не увеличены. Илеостома справа, стул жидкий зеленью до 470мл/сут.

Мочится самостоятельно. Диурез восстановился, не снижен. Азотывделительная функция почек нормализовалась (мочевина 6,3ммоль/л, креатинин 28,8мкмоль/л). Метаболические и электролитные нарушения скомпенсированы. pH=7,38, pCO2v=32,6mmHg, pO2=57mmHg, SatO2=87%, BE=-5,1mmol/l, Lac=1,0mmol/l, Glu=7,3mmol/l.

Периферический венозный доступ от 12.10.14г - функционирует.

**В дальнейшем наблюдении реаниматолога и наблюдении в условиях ОРИТ не нуждается, по согласованию с з/о Зиминым С.Б. переводится в отделение иммунопатологии.**

**При поступлении в отделение:** T 36.0 ЧСС 130 ЧД 34 Состояние тяжелое стабильное. Сознание ясное, эмоциональна. Зрачки равномерные OD=OS, реакция на свет живая. Очаговой, менингеальной симптоматики нет. Не лихорадит. Кожа бледно-смузлая, чистая, сухая. Губы бледно-розовые. Тургор и эластичность тканей умеренно снижены. Отеков нет.

Дыхание равномерное. Аускультативно дыхание везикулярное, симметрично проводится с обеих сторон, хрипов нет. Насыщение крови кислородом по пульсоксиметру удовлетворительное 100%.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, умеренная тахикардия. Живот увеличен в объеме, мягкий при пальпации, размеры печени, селезенки не увеличены. Илеостома справа, в калоприемнике жидкий зеленый стул. Аппетит достаточный, рвоты нет. Мочится самостоятельно, моча светло-желтая. Диурез не снижен.