

Выписной Эпикриз
 ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 11280/13
 АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА № 18579/13А

ФИО	Босенко Анна Андреевна		
Возраст	5 лет 10 мес	Дата рождения	15.11.2007
Адрес	РФ, Ставропольский край, г. Кисловодск, Героев Медиков ул., д.54, кв.17		
Находился в отделении	Отделение общей хирургии(56) тел. (499) 134-14-55		
Период пребывания	с 07.10.2013 по 22.10.2013		
Клинический диагноз: Основной	Гиподинамические запоры на фоне задержки психомоторного развития. Хронический толстокишечный стаз в стадии декомпенсации.		
Сопутствующий	Эрозивный эзофагит. Недостаточность кардии. Пилороспазм. Гастродуоденит. Проктит. Задержка психоречевого развития. Микроцефалия. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Вальгусные деформации коленных суставов, плоско-вальгусные стопы. Диффузное поредение волос в составе генетического синдрома. Пищевая аллергия.		

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Жалобы при поступлении: на отсутствие самостоятельного стула, на то, что ребенок не ощущает мицию, на задержку психомоторного и речевого развития. Девочка ест только протертую пищу, иногда отмечаются поперхивания при приеме мясной пищи.

АНАМНЕЗ

Беременность: 1. Роды: 1. Течение беременности: многоводие, угроза прерывания беременности 2 раза. Течение родов: роды срочные, физиологические в 39 недель. Положение плода головное предлежание. Вес при рождении 3810г. Рост при рождении 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Асфиксии, родовой травмы: не было. Состояние после рождения: сыпь на окжных покровах. Приложен к груди сразу после рождения. Пуповина отпала на 3 сутки. Заболевания во время пребывания в роддоме: не было. Векормливание грудью: до 3 лет. Отказ от пищи: срыгивания до 3 месяцев жизни. Проявление атопии: аллергическая реакция на цефалоспорины (кранивница), на шоколад. Держала голову до 3 месяцев, далее голову не держала до 5 месяце, после проведения курса массажа ребенок стал снова держать голову. Сидит с 6 мес. Ходит с 1.5 лет. Прорезывание зубов: с 2 лет. С 3 лет посещает специализированный детский сад.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Начало и развитие настоящего заболевания: с 3 месяца жизни у ребенка наблюдается отставание в развитии- ребенок перестал держать голову, переворачиваться, появились запоры. Проводился курс консервативной терапии: массаж с 5 месяцев- отмечалась положительная динамика- ребенок начал держать голову, переворачивалась с трудом. В 3

мес была выявлена надбровная атерома. Педиатры по месту жительства неврологической патологии не отмечали. Со слов мамы отмечалась деформация костей черепа (на фоне гидроцефального синдрома) с 3 месяцев. К невропатологу обратились в 11 мес. в г. Пятигорск. Поставлен диагноз: гидроцефальный синдром, ПЭП, грубая задержка психомоторного развития. Проходила курс консервативной терапии по неврологическим заболеваниям.

С 3 месяцев отмечается отсутствие самостоятельного стула, только после очистительных клизм. Сфинктеротомия в апреле 2011 в С.Петербурге, послеоперационный период протекал гладко, задержка стула сохраняется. Диагноз: болезнь Гиршпрунга?.

С 3 месяцев ребенок не ощущает акт мочеиспускания, недержание мочи.

С 2011 г отмечаются рвоты после еды, иногда сопровождаются повышением температуры тела до 38.5С. рвоты случаются эпизодично 1 раз в месяц по 3 суток. Плохо проходит твердая пища (мясо).

В марте 2012 удалена надбровная атерома, в настоящее время рецидив.

Наблюдается неврологом по поводу задержки психомоторного и речевого развития.

Наблюдается ортопедом по поводу деформации стоп.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,2С. Положение активное. Вес 17,5 кг. Рост стоя 105 см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы бледные. Визуализируется атерома в надбровной области справа. Диффузное поредение волос. Слизистые оболочки язык обложен. Зев, миндалины: розовый. Подкожная клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: вальгусные деформации коленных суставов, плоско-вальгусные стопы. Мышечный тонус снижен. Органы дыхания: везикулярное, хрипов нет. Органы кровообращения: ЧСС 80 в 1 мин, тны ритмичные. Органы пищеварения: аппетит снижен, кормление ребенка осуществляется протертой пищей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, умеренно вздут. Стула не было. Мочеполовая система: тазовые функции не регулирует. Нервная система: задержка психомоторного и речевого развития.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. Колоноскопия 21.10.2013

Премедикация Обезболивание общее; ПОДВЗДОШНАЯ КИШКА: просвет сохранен; содержимое пусто; слизистая оболочка бледно-розовая с единичными плоскими выбуханиями четким сосудистым рисунком; складки Эластичные, легко расправляются воздухом; БАУГИНЕВА ЗАСЛОНКА: щелевидной формы смыкается полностью; СЛЕПАЯ КИШКА: просвет сохранен; содержимое завалена каловыми массами оценить состояние слепой кишки не представляется возможным; слизистая оболочка на видимых участках пятнистая сочная с видимыми тенями; сосудистый рисунок Четкий; складки Эластичные, легко расправляются воздухом; тонус кишки удовлетворительный; ВОСХОДЯЩАЯ КИШКА: просвет сохранен; содержимое завалена каловыми массами оценить состояние слепой кишки не представляется возможным; слизистая оболочка на видимых участках пятнистая сочная с видимыми тенями; сосудистый рисунок Четкий; складки Эластичные, легко расправляются воздухом; тонус кишки удовлетворительный; ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНАЯ КИШКА: просвет сохранен; содержимое Обильное количество каловых масс, затрудняющий осмотр слизистой; слизистая оболочка на видимых участках жемчужно-белесая блестящая; сосудистый рисунок на видимых участках четкий; складки Эластичные, легко расправляются воздухом; тонус кишки удовлетворительный; НИСХОДЯЩАЯ КИШКА: просвет сохранен; содержимое Незначительное количество кишечного содержимого; слизистая оболочка жемчужно-белесая блестящая; сосудистый рисунок Четкий; складки Эластичные, легко расправляются воздухом; тонус кишки удовлетворительный; СИГМОВИДНАЯ

КИШКА: просвет сохранен; содержимое Обильное количество каловых масс, затрудняющий осмотр слизистой; слизистая оболочка на видимых участках розовая; сосудистый рисунок Четкий; складки Эластичные, легко расправляются воздухом; тонус кишки удовлетворительный; ПРЯМАЯ КИШКА: просвет сохранен; содержимое обилие каловых масс полностью перекрывающие просвет кишки; слизистая оболочка на видимых участках с мелкоочаговой гиперемией; сосудистый рисунок фрагментирован; складки утолщены; тонус кишки удовлетворительный; маргинальные столбы с легким отеком; наружный анал.сфинктер без особенностей; ОПИСАНИЕ: Взята каскадная биопсия по 1 фрагменту слизистой оболочки из осмотренных отделов кишки; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Проктит. Вышележащие отделы толстой кишки и терминальный отдел подвздошной без патологии;

2. Рентгенография поясничного отдела позвоночника 08.10.2013

Проекция рентгенограммы прямая; Описание: Тела поясничных позвонков не деформированы. Spina bifida не выявлено.;

3. Видео-ЭЭГ мониторинг 11.10.2013

Описание ЭЭГ:

Зональное распределение: ослабленное
Дельта – активность: амплитуда до 310 мкВ, регистрируется в виде отдельных волн, фрагментов, преобладает в каудальных отделах,
Тета – активность : до 170 мкВ, регистрируется в виде отдельных волн, фрагментов, преобладает в передних отделах,
Бета – активность: умеренно выражена, до 15 мкВ, S = D, регистрируется в виде фрагментов, диффузно
Веретена сна : зарегистрированы, амплитуда до 150 мкВ, длительность 1-3 сек,
Патологическая активность : типичной эпилептиформной нет,
Билатерально – синхронные всплески : тета- волн, генерализованные, максимально выражены в лобно-центральных отведениях, амплитуда 230 мкВ, длительность 1 сек.
Межполушарная асимметрия : слабая, эпизодическая,
Реакция на фотостимуляцию : слабая

Заключение: запись ЭЭГ в состоянии дневного сна.

В паттерне ЭЭГ сна отмечается неустойчивость амплитудного градиента и усиление медленноволновой активности. «Веретена сна» сформированы, иногда слегка экзальтированы, часто генерализованы, избыточной длительности. На этом фоне регистрируются пароксизмально измененные вертекс – потенциалы и всплески острых волн тета-диапазона в лобно – центральных отделах.
Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга. Признаки дисфункции и раздражения подкорковых и дисцефальных структур.
Типичной эпилептической активности, очаговых изменений не зарегистрировано.
Во время синхронной видеозаписи патологических движений не отмечается.;

4. ЭКГ 08.10.2013

РИТМ 92 (83-102); ПОЛОЖЕНИЕ ЭОС: вертикальное; РИТМ: синусовый;
БРАДИКАРДИЯ: легкая; АРИТМИЯ: умеренная; ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ
ПРОВЕДЕНИЕ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса.; Нарушения процесса реполяризации в миокарде желудочков: умеренные нарушения;

5. УЗИ Малого таза- 08.10.2013

РАСПОЛОЖЕНИЕ: обычное; МАТКА: +шейка 26x15x7 мм; не увеличен; УГОЛ: Отсутствует; ЭНДОМЕТРИЙ: гиперэхогенный линейный сигнал мм; не изменен; ЯИЧНИКИ: ЛЕВЫЙ 18x9x11 мм; V= не увеличен мл; Фолликулы d от 1; до 2 мм; Кровоток не изменен; расположен у входа в малый таз; ПРАВЫЙ 18x8x12 мм; V= не увеличен мл; Фолликулы d от 1; до 2 мм; Кровоток не изменен; расположен у входа в малый таз; ДУГЛАСОВО ПРОСТРАНСТВО: не изменено;

6. УЗИ Органов брюшной полости- 08.10.2013

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: Локализация в типичном месте; Размер норма мм; Стенки норма; Форма норма; Просвет свободный; ПЕЧЕНЬ: Размер ЛД 70 мм; норма; Размер ПД 90 мм; увеличен; Контур ровный; Эхогенность нормальная; Паренхима однородная; Внутривеночные желчные протоки: диаметр норма; стенки норма; Воротная вена: размер 5 мм; норма; стенки норма; ангиометоз. трансформ. не визуализируется; ОЖП: не расширен; Печеночные вены не изменены; Кровоток 3-х фазный; ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: Головка 13 мм; норма; Тело 8 мм; норма; Хвост 12 мм; норма; Паренхима однородная; Эхогенность норма; Стенки сосудов не уплотнены; Вирсунгов проток не расширен; СЕЛЕЗЕНКА: Размер 90 x 45 мм; увеличена; Контур ровный; Эхогенность норма; Паренхима однородная; Доп. долька не визуализируется; Сосуды не изменены; норма; ЖЕЛУДОК: Стенки норма; Секретция содержимое; ДВЕРСТНАЯ КИШКА: Стенки норма; Секретция содержимое; ЛИМФОУЗЛЫ: визуализируются; в воротах печени; СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ: не визуализируется; Контур ровный;

7. МРТ Головного мозга 11.10.2013

ОПИСАНИЕ: МРТ исследование головного мозга проведено в режимах T1-ВИ, T2-ВИ в 3-х проекциях (в сагитальной, аксиальной и коронарной).
На МР томограммах головного мозга срединные структуры не смещены.
В белом веществе заднелобных отделов справа суправентрикулярно отмечается вытянутой формы участок повышенного на T2-Ви и FLAIR размерами 6 x 6 x 2 мм.
В веществе ствольных структур, мозжечка, спинного мозга на уровне краниовертебрального перехода – участков измененного МР сигнала не выявлено.
Мозолистое тело однородной структуры.
Желудочки мозга правильной формы, обычных размеров. Боковые желудочки симметричны.
Субарахноидальное пространство лобно-теменно-височных отделов полушарий мозга умеренно расширено.
Нижний край миндалин мозжечка расположен выше уровня линии Чемберлена.
Базальные цистерны не сужены.
Гипофиз симметричной формы, не увеличен. Воронка гипофиза расположена по средней линии. Зрительный перекрест не смещен.
В клетках решетчатого лабиринта, верхнечелюстных пазухах отмечается выраженное утолщение слизистой оболочки.
Пневматизация сосцевидного отростка левой височной кости снижена за счет участков повышенного на T2-Ви МР-сигнала (утолщенная слизистая оболочка?).

Заключение: МР-картина единичного небольшого очага в правой лобной доле, более вероятно, сосудистого генеза.

8. Цистография 17.10.2013

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ. Размер: 8,5 x 10,5 см, увеличенный; Форма: округлая; Стенки: не утолщены; Контуры: ровные; Остаточный объем: опорожнение неполное более 2/3 объема с небольшим количеством остаточной мочи; Пузырно мочеточниковый рефлюкс:

справа не обнаружен, слева: не обнаружен; **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** по данным рентгенологической картины пузырно-мочеточниковый рефлюкс не обнаружен.; ;

9. Ирригграфия с ирригоскопией 10.10.2013

Проекция рентгенограммы 2 проекции; Описание:

Рег rectum, с помощью контрастной клизмы, введено 800 мл бариевой взвеси. Толстая кишка заполнена до печеночного угла, расположена обычно, без признаков стенозов. Прямая кишка не расширена, физиологические изгибы сглажены, контуры четкие, ровные. Ректо-сигмовидный переход не расширен. Петлистость сигмовидной кишки, гаустрация ее сглажена, контуры четкие, ровные, переход в нисходящий отдел толстой кишки расположен обычно. Селезеночный угол свободно проходим, расположен на уровне Th12 тела позвонка. Поперечно-ободочная кишка не изменена, гаустрация ее не изменена.

После дефекации толстая кишка опорожнилась достаточно.

10. УЗИ Почек и мочевого пузыря- 08.10.2013

ЛЕВАЯ ПОЧКА: норма; Положение визуализируется в типичном месте; Контур ровный; Капсула не изменена; Смещаемость в пределах возрастной нормы; Кровоток норма; Паренхима: дифференцировка сохранена; эхогенность коркового слоя нормальная; эхогенность мозгового слоя нормальная; толщина норма; стенки сосудов не изменены; ЧЛС: не расширена; стенки не изменены; лоханка не расширена; чашечки: верхняя группа не расширена; средняя группа не расширена; нижняя группа не расширена; просвет свободный; стенки сосудов не изменены; Мочеточник: не расширен; нижняя треть не расширена; стенки не изменены; **ПРАВАЯ ПОЧКА:** норма; Положение визуализируется в типичном месте; Контур ровный; Капсула не изменена; Смещаемость в пределах возрастной нормы; Кровоток норма; Паренхима: дифференцировка сохранена; эхогенность коркового слоя нормальная; эхогенность мозгового слоя нормальная; толщина норма; стенки сосудов не изменены; ЧЛС: не расширена; стенки не изменены; лоханка не расширена; чашечки: верхняя группа не расширена; средняя группа не расширена; нижняя группа не расширена; просвет свободный; стенки сосудов не изменены; Мочеточник: верхняя треть не расширена; средняя треть не расширена; нижняя треть не расширена; стенки не изменены; **МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ:** заполнен; Форма обычная; Стенки не изменены; Внутренний контур ровный; Просвет осадок в значительном количестве; средняя треть не расширена;

11. УЗИ Сердца- 21.10.2013

АОРТА: Диаметр на уровне синусов 17 мм; норма; Клапан трехстворчатый; Створки не изменены; Vmax норма; Регургитация -; **ЛЕГочная артерия:** норма; Диаметр 16 мм; Клапан не изменен; Створки не изменены; Vmax норма; Регургитация +/-; **ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ:** норма; Диаметр 20 мм; **ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ:** норма; Диаметр 21 мм; **МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА:** интактна; **ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК:** норма; Размер 11 мм; Передняя стенка норма; 2,5 мм; **ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК:** КДР 35 мм; норма; КСР 22 мм; КДО 50,87 мл; КСО 12,63 мл; УО 38,24 мл; ФВ по Теихольцу 0,68; норма; Описание: ФВ по Симпсону; Левый желудочек масса миокарда 42,095; **МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА:** не утолщена; Толщина 5 мм; Движение правильное; **ЗАДНЯЯ СТЕНКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:** не утолщена; Толщина 5 мм; **МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН:** Створки не изменены; Регургитация +/-; **ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН:** Створки не изменены; Регургитация +/-; **СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ** в системе a.pulmonalis: норма; **ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ** в системе a.pulmonalis: норма; **ПЕРИКАРД:** Листки не изменены; **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** ЭхоКГ-вариант нормы. Дон. трабекула.;

12. Микробиологическое исследование (моча) 10.10.2013

ВИД АНАЛИЗА: Посев; **МИКРООРГАНИЗМ:** роста нет;

13. Эзофагогастроуденоскопия 14.10.2013

ПИЩЕВОД: Просвет сохранен; Содержимое умеренное количество слизи; Слизистая оболочка в дистальных отделах отек гиперемия единичные эрозии у кардии; Сосудистый рисунок смазан в н/з; Кардия зияет смыкается не полностью; Перистальтика сохранена;
ЖЕЛУДОК: Просвет сохранен при инверсионной кардиоскопии пищевода-желудочный переход не полностью обхватывает рабочую часть эндоскопа. Кардия зияет; В желудке умеренное количество мутной слизи; Складки утолщены в теле и антральном отделе эластичные; Слизистая оболочка гладкая блестящая с мелкопятнистой гиперемией антрального отдела; Перистальтика сохранена; Привратник плотно сомкнут раскрывается с трудом проходим для эндоскопа диаметром 5,9 мм; Д/ПЕРСТНАЯ КИШКА: Луковица средних размеров складки утолщены; Содержимое пусто; Слизистая оболочка рыхлая пастозная с мелкоочаговой гиперемией; Постбульбарные отделы по вершинам складок белесоватый налет в виде "иней"; Фатеров сосок не визуализируется;
ТОЩАЯ КИШКА: без особенностей; **БИОПСИЯ:** 1 фрагмент слизистой оболочки из антрального отдела на Нр; Н рyлог: слабо положительный; **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Косвенные признаки дисфункции поджелудочной железы. Дуоденит. Бульбит. Пилороспазм. Гастрит антрального отдела желудка. Недостаточность кардии. Эрозивный эзофагит в н/з пищевода.; Премедикация лидокаин 10% аэрозоль;

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ

	Ед/изм	Долж.зн.	08.10.13	15.10.13	16.10.13	20.10.13
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ						
HGB	г/л	115 - 140	150		135	129
WBC	10 ⁹ /л	5,8 - 13,6	8,39		5,92	5,76
RBC	10 ¹² /л	3,9 - 5,3	5,88		5,25	5,11
HCT	%	34 - 40	45,7		40,9	38,4
MCV	фл	77 - 87	77,7		77,9	75,1
MCH	пг	24 - 30	25,5		25,7	25,2
MCHC	г/л	310 - 370	328		330	336
PLT	10 ⁹ /л	150 - 580	341		275	242
Нейтрофилы %	%	48 - 51	47,9		42,6	58,3
Лимфоциты %	%	42 - 70	39,5		34,3	29
Моноциты %	%	3 - 9	10,1		21,3	10,1
Эозинофилы %	%	2 - 6	2,3		1,5	2,4
Базофилы %	%	0 - 0,6	0,2		0,3	0,2
Нейтрофилы	10 ⁹ /л	1,5 - 8	4,02		2,52	3,36
Лимфоциты	10 ⁹ /л	2 - 8	3,31		2,03	1,67
Моноциты	10 ⁹ /л	0,38 - 1,26	0,85		1,26	0,58
Эозинофилы	10 ⁹ /л	0,1 - 0,6	0,19		0,09	0,14
Базофилы	10 ⁹ /л	0,05 - 0,2	0,02		0,02	0,01
Незрелые гранулоциты	10 ⁹ /л	<0,02	0,12		0,02	
Незрелые гранулоциты %	%	<0,3	1,4		0,3	
RDW-CV	%	12 - 15	14,7		14,5	13,8
СОЭ	мм/час	2 - 20	3		3	
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ						
Плотность мочи (SG)	<>	1,002 - 1,025		1,012		
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7		7		

Нитриты мочи (NIT)	<>	0 - 0			отр(-)	
Белок мочи (PRO)	г/л	0 - 0,03			отр(-)	
Глюкоза мочи (GLU)	ммоль/л	0 - 0			в норме	
Кетоновые тела мочи (KET)	ммоль/л	0 - 0			отр(-)	
Уробилиноген мочи (URO)	мкмоль/л	0 - 0			в норме	
Билирубин мочи (BIL)	мкмоль/л	0 - 0			отр(-)	
Эритроциты мочи	клеток/мкл	0 - 0			отр(-)	
Цвет мочи	<>	0 - 0			светло-желтый	
Прозрачность мочи	<>	0 - 0			прозрачная	
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7			7	
Лейкоциты мочи (LEU)	клеток/мкл	0 - 0			отр(-)	
Эритроциты	/мкл	0 - 17			10,4	
Лейкоциты	/мкл	0 - 17,5			0,8	
Плоский эпителий	/мкл	0 - 39,6			0,5	
Цилиндры	/мкл	0 - 5			0	
Бактерии	/мкл	0 - 60			3,7	
Кристаллы	/мкл	0 - 40			0	
Дрожжи	/мкл	0 - 0			0	
Круглый эпителий	/мкл	0 - 7,9			0,3	
Патологические цилиндры	/мкл	0 - 0,7			0	
Слизь	/мкл	0 - 0,6			0	
Сперматозоиды	/мкл	0 - 0			0	
Проводимость	мS/см	0 - 0			14,8	
Эритроциты в п.з.	в п.з.	0,1 - 3			1,9	
Лейкоциты в п.з.	в п.з.	0 - 4			0,1	
Плоский эпителий в п.з.	в п.з.	0 - 7			0,1	
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ						
АЛТ	Ед/л	<40	11			11
Альбумин	г/л	38 - 54	40			38
Амилаза	Ед/л	28 - 100	99			92
Амилаза панкреатическая	Ед/л	5 - 46	32			26
АСТ	Ед/л	<42	27			30
Белок общий	г/л	60 - 80	70			67
Билирубин общий	мкмоль/л	3,7 - 20,5	9			6,4
Билирубин прямой	мкмоль/л	<5,1	1,5			1,9
ГГТ	Ед/л	5 - 35	12			8
Fe	мкмоль/л	9 - 21,5	21,9			7,6
K	ммоль/л	3,4 - 5	4,6			4,4
Ca	ммоль/л	2,2 - 2,7	2,5			
Креатинин (CR-E)	мкмоль/л	27 - 62	40			31
ЛДГ	Ед/л	91 - 225	199			184
Mg	ммоль/л	0,78 - 0,99	0,82			
Мочевая кислота	мкмоль/л	120 - 320	259			224

Мочевина	ммоль/л	1,8 - 6,4	3,2		3,2	
Na	ммоль/л	134 - 145	143		138	
Cl	ммоль/л	96 - 110	110		106	
Холестерин	ммоль/л	3,1 - 5,2	5,91		4,66	
ЩФ	Ед/л	60 - 400	143		130	
Глюкоза [m]	ммоль/л	3,3 - 5,5	4,06		4,45	
PO4	ммоль/л	1,25 - 2,16	1,63			
КОАГУЛОГРАММА						
Фибриноген	г/л	0 - 0	2,95			
ТВ	сек	14 - 21	17,4			
АЧТВ	сек	0 - 0	27,7			
ПТВ	сек	0 - 0	12,4			
ПТИ	%	70 - 115	107			
МНО	<>	0 - 0	0,95			
КЩС (кислотно-щелочное состояние)						
T	°C	0 - 0				37
FIO2	%	0 - 0				21
Hct	%	0 - 0				43,3
pH	<>	7,35 - 7,45				7,366
pCO2	мм рт.ст.	35 - 48				
pO2	мм рт.ст.	83 - 108				79,3
ctHb	г/л	140 - 180				141
SO2	%	95 - 99				96,6
FO2Hb	%	0 - 0				94,3
FCOHb	%	0 - 0,8				1
FHHb	%	0 - 0				3,3
FMetHb	%	0,2 - 0,6				1,4
K+	ммоль/л	3,5 - 5				4
Na+	ммоль/л	136 - 146				143
Ca++	ммоль/л	1,15 - 1,29				1,32
Cl-	ммоль/л	98 - 106				108
Glu	ммоль/л	3,9 - 5,8				9
Lac	ммоль/л	0,5 - 1,6				3,9
tBil	мкмоль/л	0 - 0				12
ctO2	ммоль/л	0 - 0				8,4
p50	мм рт.ст.	0 - 0				
BE-Ecf	ммоль/л	0 - 0				
cHCO3	ммоль/л	0 - 0				
Osm	ммоль/кг	0 - 0				296
Na	ммоль/л	134 - 145	143		138	
Cl	ммоль/л	96 - 110	110		106	
HCT	%	34 - 40	45,7		40,9	38,4

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**1. Уролог 21.10.2013.**

Диагноз ИЦЗД: Миелодисплазия? Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.;

Рекомендации: 1. Частое высаживание на горшок(каждые 1.5-2.0 часа)

2. Выполнить назначения невролога

3. Контроль УЗИ почек и МП 1 раз в 6 мес с определением объема остаточной мочи.

4. При сохранении жалоб на неконтролируемое мочеиспускание - провести обследование на предмет миелодисплазии (МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника).

2. Гастроэнтеролог 09.10.2013.

Рекомендации: повторный осмотр в состоянии бодрствования
консультация генетика в том числе на предмет кариотипирования и энзимодиагностики
болезни Пимапа -Ника типа А/В, при наличии показаний ДНК диагностики
тримедат 25 мг 3 раза в день 1 мес.

консультация окулиста (вишневая косточка на глазном дне)

ЛФК, массаж живота, анальная стимуляция дефекации (клизмы микролакс, вазелиновые свечи при наличии каловых масс в ампуле прямой кишки)

3. Ортопед 15.10.2013.

Диагноз ИЦЗД: вальгусные деформации коленных суставов, плоско-вальгусные стопы;

Рекомендации: индивидуальные ортопедические стельки

ортопедическая лечебная обувь с высоким жестким берцем

ЛФК, массаж спины, ягодиц, нижних конечностей, направленное на укрепление мышц - 4

курса в год с тенденцией на стимуляцию внутренних групп

электрофорез с кальций-фосфор на наружные отделы коленных суставов 4 курса в год

4. Невролог 21.10.2013.

Диагноз ИЦЗД: Задержка психоречевого развития. Микроцефалия. ;

Рекомендации: 1. Наблюдение невролога по месту жительства.

2. Курсы нейротрофической терапии регулярно под наблюдением невролога.

3. Регулярные занятия с логопедом и дефектологом.

4. Когитум по 7,5 мл х 2 р/сутки - в течение 2 месяцев.

5. Циннаризин по 1/2 табл. х 2 р/сутки - в течение 2 месяцев.

6. После окончания курса когитума - акатинола мемантин по 1/4 табл. х 2 р/сутки в

течение 5 дней, затем по 1/2 табл. х 2 р/сутки в течение 5 дней, затем по 1 табл. х 2

р/сутки в течение 1,5 месяцев, затем также постепенно отменять.

7. После окончания курса акатинола - семакс 0,1% по 3 капли в каждый носовой ход в

течение 2 недель, затем 2 недели перерыв, затем 2 недели капать.

8. Контроль ЭЭГ 1 раз в год.

5. Педиатр 14.10.2013.

Рекомендации: Консультация психоневролога.

Консультация гастроэнтеролога.

Назначения лечащего врача.

6. Диетолог 11.10.2013.

Диагноз ИЦЗД: Хронический толстокишечный стаз в стадии декомпенсации;

Рекомендации: стол ясельный протертый

Дополнительное питание:

- Ресурс 2 Файбер - 1 фл.

- яблоко печеное - 1 шт.

- творог детский - 100 г

7. Дерматовенеролог 16.10.2013.

Диагноз НИЦД: Диффузное поредение волос в составе генетического синдрома.
Пищевая аллергия.;

Рекомендации: 1. Консультация генетика НИЦД.

2. Соблюдение ГА диеты.

3. Фенкарол 10 мг по 1/2 т. 3 р. 10 дней.

4. Настойка красного перца втирать в в/ч головы ч/д в течение 1 мес, курс повторять 3 раза в год.

8. Гастроэнтеролог 21.10.2013.

Рекомендации: очистительные клизмы ежедневно до полного отмывания толстой кишки от каловых масс (10-14 дней). Затем тримедат 20 мг 3 раза в день 21 день вертикализация в течение 2 часов после еды, запивать через час-два после еды массаж передней брюшной стенки интенсивный, глубокий, предлагать тужиться после еды через 30-40 мин. держа под колени от приема мотилиума воздержаться

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Креон по 1 капс. х 3 раза в день

Мильгамма 1 мл х 1 раз в день в/м №10.

Церебролизин 1 мл, 1 р/д в/м, №10

Гексорал спрей по 1 впр. х 3 раза в день

Маалокс по 5 мл х 4 раза в день

Нексиум 20 мг х 1 раз в день на ночь

Ингаляции 0.9% NaCl по 3 мл х 4 раза в день

Гексорал по 1 впр х 2 раза в день

Ингалипт 1 впр х 1 раз в день

Очистительные клизмы по 500 мл х 2 раза в день 1% соевым рром

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наблюдение хирурга, гастроэнтеролога, дерматолога, невропатолога, уролога, окулиста, генетика по месту жительства.
2. Соблюдение гипоаллергенной диеты, обогащенной клетчаткой. Выполнять рекомендации, данные диетологом.
3. Консультация генетика в том числе на предмет кариотипирования и энзимодиагностики болезни Нимана - Пика типа А/В, при наличии показаний ДНК диагностики
4. Консультация окулиста (вишневая косточка на глазном дне)
5. ЛФК, массаж живота, анальная стимуляция дефекации (клизмы микролакс, вазелиновые свечи при наличии каловых масс в ампуле прямой кишки)
6. Очистительные клизмы ежедневно до полного отмывания толстой кишки от каловых масс (10-14 дней). Затем тримедат 20 мг 3 раза в день 21 день
7. Вертикализация в течение 2 часов после еды, запивать через час-два после еды
8. Массаж передней брюшной стенки интенсивный, глубокий, предлагать тужиться после еды через 30-40 мин. держа под колени
9. Частое высаживание на горшок (каждые 1.5-2.0 часа)
10. Контроль УЗИ почек и мочевого пузыря 1 раз в 6 мес с определением объема остаточной мочи.

11. При сохранении жалоб на неконтролируемое мочеиспускание - провести обследование на предмет миелодиспазии (МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника).
12. Рекомендации невропатолога:
- Курсы нейротрофической терапии регулярно под наблюдением невролога.
 - Регулярные занятия с логопедом и дефектологом.
 - Когитум по 7,5 мл х 2 р/сутки - в течение 2 месяцев.
 - Циннаризин по 1/2 табл. х 2 р/сутки - в течение 2 месяцев.
 - После окончания курса когитума - акатинола мемантин по 1/4 табл. х 2 р/сутки в течение 5 дней, затем по 1/2 табл. х 2 р/сутки в течение 5 дней, затем по 1 табл. х 2 р/сутки в течение 1,5 месяцев, затем также постепенно отменять.
 - После окончания курса акатинола - семакс 0,1% по 3 капли в каждый носовой ход в течение 2 недель, затем 2 недели перерыв, затем 2 недели капать.
 - Контроль ЭЭГ во сне 1 раз в год.
13. Рекомендации дерматолога:
- Фенкарол 10 мг по 1/2 т. 3 р. 10 дней.
 - Настойка красного перца втирать в в/ч головы ч/д в течение 1 мес, курс повторять 3 раза в год.
14. Рекомендации ортопеда:
- Ношение индивидуальных ортопедических стелек
 - Ношение ортопедической лечебной обуви с высоким жестким берцем
 - ЛФК, массаж спины, ягодиц, нижних конечностей, направленное на укрепление мышц - 4 курса в год с тенденцией на стимуляцию внутренних групп
15. Креон по 1 капс. х 3 раза в день - 1 месяц
16. Маалокс по 5 мл х 4 раза в день - 2 месяца
17. Нексум 20 мг х 1 раз в день на ночь
18. Рекомендовано продление инвалидности и всех соответствующих льгот по месту жительства (ребенок является инвалидом детства).
19. Санаторно-курортное лечение в санаториях гастроэнтерологического профиля (Кав. Минн воды и т.д.)

Лечащий врач

Джилавян М.Г

Зав. отделения хирургии, д.мн. проф.

Морозов Д.А.



