

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМЕНИ Н.В.ДМИТРИЕВОЙ»

г. Рязань, ул. Интернациональная, дом 1 з тел. (4912)33-73-06 факс (4912)33-74-02
rodkb62@yandex.ru

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 8216

Колганов Галактион Алексеевич, 17 лет, находился в травматолого-ортопедическом отделении ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В.Дмитриевой» с 28.10.14 по 26.11.14, с диагнозом: Посттравматическая ликворея. Осложнения: Напряженный правосторонний пневмоторакс.

Поступил в тяжёлом состоянии с костным дефектом в области послеоперационной раны.

Из анамнеза: травма 14.06.14 в ДТП. Лечился в ОКБ с 14.06.14 по 08.10.14 с диагнозом: ОЧМТ: ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести. Перелом свода и основания черепа. Ушиб легких. Кома II.

Был оперирован в ОКБ:

14.06.14 – установка датчика ВЧД.

15.06.14 – декомпрессивная трепанация черепа в правой лобно-теменно-затылочной области.

21.06.14 – в связи с развитием гидроцефалии – наружное вентрикулярное дренирование.

09.07.14 – ВПШ.

23.07.14 – краниопластика титановой пластиной.

При поступлении состояние было тяжелое за счет неврологических нарушений, вегетативный статус, дыхание самостоятельное через трахеостому с назогастральным зондом для питания; телосложение пониженного питания; в правой лобно-височной области кожный дефект приблизительно 2,5x1,5 см, дном которого является металлическая пластина, ликворея. Пролежни области крестца, тазобедренных суставов и голеней.

При поступлении выполнено МРТ и РКТ головного мозга: в правой лобной доле выявляется большая полость с воздухом и небольшим уровнем жидкости, размерами 6,6x5,7x5,6 см, имеющая открытое сообщение с внешней средой; смещение срединных структур на уровне центральных отделов до 2,1 см; умеренное количество воздуха в боковых и III желудочках (полное заключение МРТ и РКТ со снимками даны на руки).

30.10.14 операция – ревизия операционной раны, удаление титановой пластины после краниопластики, удаление вентрикулеперинеоцефального шунта. Дренирование воздушной кисты правой доли головного мозга.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты в срок.

02.11.14 в связи с пневмотораксом справа было произведено дренирование по Бюлау правой плевральной полости.

На фоне лечения легкие расправились, дренаж был удален.

12.11.14 постановка гастростомы эндоскопически по передней брюшной стенке.

На контрольном МРТ головного мозга (10.11.14 и 17.11.14) – отмечается положительная динамика – уменьшение размеров полости в правой лобной области с жидкостью и небольшим количеством воздуха; боковые и III желудочки дилатированы в меньшей степени; срединные структуры смещены на уровне центральных отделов до 10 мм; желудочковая система деформирована (полные заключения МРТ и снимки даны на руки).

Проводилось консервативное лечение: антибиотикотерапия (цефабол, амикацин, ванкорус, сульперацеф, с 18.11.14 получает меропенем 1000 мг 2 раза в день внутривенно медленно); парентеральное питание с фоновой инфузионной терапией (аминоплазмаль 5%-500, интралипид 20%-300,0); переливание СЗП (A(II) резус-фактор (-) отрицательный) без осложнений; кормление через гастростому антирефлюксной смесью по 200,0 мл – 5 раз в день; перевязки пролежней.

Общее состояние средней степени тяжести. Вегетативный статус. Глаза открывает, реагирует на внешние раздражители, зрачки D=S, фотореакция сохранена. Отмечаются скудные спонтанные движения в конечностях, тетрапарез. СХР усилены. Симптом Бабинского D>S. Бульбарные нарушения. Менингеальной симптоматики нет.

Кожные покровы обычной окраски. Телосложение пониженного питания (на фоне кормления отмечается положительная динамика). Дыхание самостоятельное, выслушивается во всех отделах, через нос, после удаления трахеостомы через трахеостомическое отверстие умеренное отделение мокроты. ЧД – 19 в 1 минуту. Гемодинамика стабильная. АД 115/75 мм рт. ст. Пульс – 90-100 в 1 минуту. Живот не вздут, кормление через гастростому усваивает по 200,0 мл смеси. Стул регулярный. Мочиспускание самостоятельное, диурез адекватный.

St.loc: имеются пролежни затылочной области, пролежни области крестца, области тазобедренных суставов, области обеих голеней по задней поверхности, на фоне проводимого лечения отмечается уменьшение размеров пролежней.

Окулист (25.11.14): глазное дно: ДЗН границы четкие, вены без особенностей.

Невролог (25.11.14): заключение: последствия тяжелой ЧМТ, тетрапарез, бульбарные нарушения, вегетативный статус.

Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции (19.11.14): без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок умеренно усилен и сгущен в нижнемедиальных отделах справа и в проекции S₁ справа. Диафрагма, синусы, тень сердца – без особенностей.

ЭКГ (17.11.14): синусовая тахикардия. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение процессов реполяризации в миокарде.

Общий анализ мочи (21.11.14): светло-желтая, реакция – нейтральная, удельный вес – 1008 г/л, прозрачная, белок – 0. Осадок: плоские – 0-1 в поле зрения, L – 0-2 в поле зрения.

Общий анализ крови (21.11.14): эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв – 112 г/л, тр – $200 \times 10^9/л$, L – $10,3 \times 10^9/л$, э – 3%, с – 68%, л – 25%, м – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Группа крови – А(II) резус-фактор отрицательный

Кал на яйца глист (29.10.14) – отрицательный

Соскоб на энтеробиоз (29.10.14) – отрицательный

Нейрохирургическое лечение на данный момент не показано.

Ребенок выписывается из отделения в состоянии средней степени тяжести с ЦВК.

В контакте с инфекционными больными не был.

Рекомендовано:

- 1) продолжить лечение в условиях отделения восстановительной терапии и реабилитации для детей;
- 2) наблюдение невролога;
- 3) продолжить перевязки пролежней, наблюдение хирурга;
- 4) консультация нейрохирурга для решения вопроса о краниопластике через 9 месяцев – 1 год.

Заведующий
травматолого-ортопедическим отделением

Лечащий врач



(Handwritten signatures)

В.А. Недорезов

Д.В. Комаров