



ГБУЗ СО СГДКБ №1 имени Н. Н. Ивановой

Отделение реанимации и
интенсивной терапии

Калиновик Александр Александрович, врач анестезиолог-реаниматолог

Клинические примеры оказания
паллиативной медицинской помощи на
базе ОРИТ СГДКБ №1

Клинический случай №1

Пациент Б., 7,5 лет.

DS: Резидуальная постишемическая энцефалопатия. ДЦП.

Тяжёлое течение. Поздняя резидуальная стадия.

Астатическая-гиперкинетическая форма. Выраженная задержка психического, речевого, моторного и физического развития. Астазия. Торсионная дистония. Бульбарный синдром с дисфагией и анартрией. Расходящееся косоглазие. Выраженный тетрапарез. Вегето-висцеральные нарушения. Хронический аспирационный синдром. Белково-энергетическая недостаточность. Желчекаменная болезнь, хронический холецистит.

Клинический случай №1

Неврологический статус – лобно-каллёзный синдром с астазией, апраксией, гипомимией, рефлексом орального автоматизма, патологическими синкенезиями; гипоталамический синдром с вегето-висцеральными нарушениями, белково-энергетический недостаточностью; гипотонически-гиперкинетический синдром с генерализованной дистонией и гемибаллизмом; бульбарный синдром с дисфагией, анартрией; расходящимся косоглазием; выраженным тетрапарезом.

Из анамнеза

Anamnesis vitae: Ребёнок от 7 беременности, протекавшей на фоне ХПН, анемии, умеренного многоводия, токсикоза. Роды 2, экстренное кесарева сечения в сроке 30 недель. Вес 1400, рост 37, окружность головы. С рождения состояние очень тяжёлое за счёт ДН, на ИВЛ.

В начале декабря 2014 года - курс ликворотерапии в Клинике института мозга человека имени Н. П. Бехтеровой РАН.

Симптоматическая терапия: конвулекс-сироп по 100 мг 2 раза в сутки, клоназепам 1 мг 2 раза в сутки. Эсенциале форте 1 капсула в день, в течении, супрадин киндер гель по 1 ч/л в день в течении 3 недель. ЛФК, кинезотерапия.

Из анамнеза

10.12.2014 поступил в отделение пульмонологии СГДКБ №1 с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, дистантные хрипы.

У ребёнка постоянно отмечались микроаспирации во время кормления – мать кормила мальчика «с ложки» не смотря на дисфагию у ребёнка. С 6 декабря отмечался подъём температуры до субфебрильных цифр. В течении последующих двух дней температура повысилась до фебрильных цифр, появились влажные дистантные хрипы, ребёнок не мог самостоятельно откашливать мокроту.

Инструментальные и лабораторные данные

- Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции – Двусторонняя пневмония
- КТ органов грудной клетки – картина двусторонней аспирационной пневмонии



- По КОС: компенсирован.
- В ОАК: умеренные воспалительные изменения

В ОРИТ

- 21.12.2014 перевод в ОРИТ в связи с ухудшением состояния – нарастание явлений ДН.
- Неврологический дефицит на прежнем уровне. Выраженная интоксикация, гипертермия до 39⁰ С. Акроцианоз. ЧД до 28 в минуту, АД 120 и 65 мм. рт. ст., ЧСС 130-140 уд в минуту, десатурация до 80-86%. Аускультативно – жёсткое дыхание, ослабление с обеих сторон, полиморфные постоянные хрипы.
- По КОС pH – 7.29; pO₂ – 62 mmHg; pCO₂ – 52 mmHg; eBase (- 7,2)

В ОРИТ

- Учитывая клиническую картину, риск декомпенсации по лёгочно-сердечной недостаточности – решено проводить респираторную поддержку в режиме ИВЛ.
- В условиях реанимационного зала – назотрахеальная интубация после в/в седации и миоплегии; катетеризация V.S.D. по Сельдингеру под местным обезболиванием.



В ОРИТ

- Назначены антибиотики широкого спектра, взят посев содержимого ТБД на флору и чувствительность к а/б – смена а/б учитывая результат.
 - «Жёсткие» параметры ИВЛ
 - Иммунокорекция
 - Ингтбиторы протеолиза
 - Дезинтоксикация, инфузионная терапия
 - Посиндромная и симптоматическая терапия



В ОРИТ

- За время наблюдения и лечения состояние оставалось нестабильным за счёт грубого неврологического дефицита, аспирационной двусторонней пневмонии. Угнетение защитных рефлексов ВДП. Судорожный синдром. Выраженная зависимость от кислорода, неэффективность самостоятельного дыхания. Нестабильная гемодинамика.
- К 30 суткам – некоторая положительная динамика за счёт разрешения инфекционного процесса в лёгких. Восстановление защитных рефлексов ВДП.
- К 38 суткам – восстановление спонтанного адекватного дыхания. Отлучение от аппарата ИВЛ. Экстубация.
- На 47 сутки перевод в неврологическое отделение СГДКБ №1

Результат

- Беседа с матерью ребёнка о необходимости зондового кормления, либо гастростомии.
 - Коррекция симптоматической терапии.
 - Улучшение качества жизни пациента.



Клинический случай №2

Пациентка С. 13 лет.

DS: Панкреатобластома с mts в печень и тромбозом мезотериальных сосудов. Состояние после ПХТ. Рефрактерное течение. Механическая желтуха. Кахексия. IV стадия, IV клиническая группа.

Из анамнеза

Больна с февраля 2014 года. При обследовании выявлена опухоль поджелудочной железы с mts в печень. ПХТ в НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина и клинике Шарите (Берлин) без эффекта. С декабря 2014 года ребёнок признан некурабельным, переведен на симптоматическую терапию.

В ОРИТ

- 08.01.2015 доставлена в ОРИТ СГДКБ №1 бригадой САС по поводу острого болевого синдрома, потери аппетита, рвоты, усиление желтушности кожных покровов.
- Объективно: В сознании, контактна, выраженная общая слабость. Выраженная иктеричность кожных покровов. Дыхательных и гемодинамических нарушений нет. Живот увеличен в объеме, пальпации доступен.
- В ОАК – анемия тяжёлой степени – Нь 59 г/л., эритроциты $2,09 \cdot 10^{12}/л.$
- По КОС – субкомпенсированный метаболический ацидоз.

В ОРИТ

- В биохимии крови
 - общий белок 43 г/л
 - мочевины 7,5 мм/л
 - креатинин 0,2 мг%
- общий билирубин 346 мкм/л
- прямой билирубин 277 мкм/л

В ОРИТ

УЗИ органов брюшной полости – в проекции желудочной железы многоузловое образование с неровными контурами 113x50x118 мм. Печень +7 см, с неоднородной структурой, с изоэхогенными структурами; ворота печени чётко не визуализируются. Холедох расширен до 22 мм, долевые желчные протоки до 18 мм, с густой желчью в просвете. Асцит.

В ОРИТ

- Дезинтоксикация
- Заместительная терапия
 - Обезболивание
- Консультация врача-эндоскописта Биктагирова Ю. И.

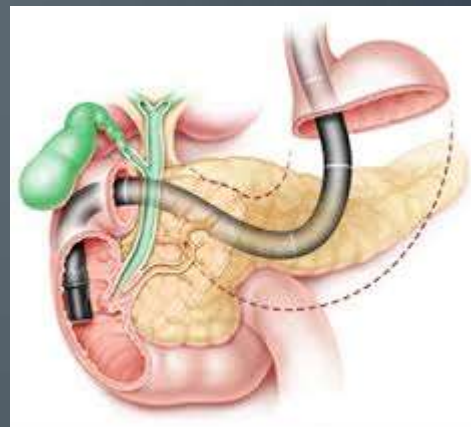
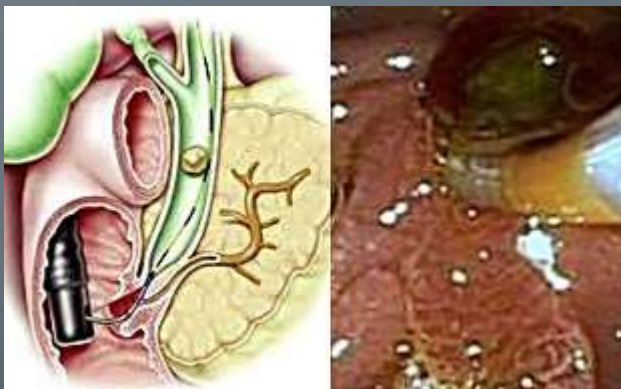


В ОРИТ

- Под общим обезболиванием выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ.
 - Эндопротезирование холедоха.
 - Послеоперационный период без особенностей.
- При выписке в биохимии крови – общий белок 85 г/л, мочевины 7,1 мм/л., креатинин 0,24 мм/л., общий билирубин 65 мкм/л, прямой 52 мкм/л
 - Выписана домой на симптоматическую терапию с применением наркотических анальгетиков по показаниям.

Результат

- Уменьшение проявления механической желтухи.
 - Купирование болевого синдрома.
 - Улучшения качества жизни пациента.



Спасибо за внимание!