

Северо-Эстонская региональная больница

Выписка из истории болезни №1037597

Константин Живетьев, возраст 26 лет

Анамнез:

Диагноз:

Submersio.

Laetum clinicum cum resuscitatione prospera.

Fractura sterni.

Aspiratio aquae (magevesi).

Pneumonia ex aspiratione.

ARDS. Haemolysis.

Insufficiencia renum acuta.

Deterioratio cerebri anoxica.

VAP.

Анамнез заболевания:

10.04.2010 во время похода на байдарках пациент, спасая тонущего человека, утонул сам. После того, как его вытащили из воды, присутствующими был начат непрямой массаж сердца и вызвана скорая помощь. Как долго пациент пробыл под водой неизвестно. По прибытии скорой помощи больной без сознания, пульс не прощупывается, на мониторе асистолия. Продолжены действия по оживлению: непрямой массаж сердца, неинвазивная вентиляция при помощи маски и аппарата искусственной вентиляции легких (AMBU bag). На помощь вызван реанимобиль. Врачом реанимобиля пациент интубирован, продолжены действия по оживлению. Всего действия по реанимации длились около 50 минут. Восстановилось кровообращение и синусоидный ритм 78xmin, кровяное давление 60/0 mmHg. Возникло в некоторой степени спонтанное дыхание, зрачки расширились. Доставлен в зал интенсивной терапии отделения экстренной помощи Северо-Эстонской региональной больницы. Установлен катетер в центральную вену, инвазивный мониторинг артериального давления. Проведена компьютерная томография всего тела, Rø-thorax и после этого пациент госпитализирован в I отделение интенсивной терапии.

Анамнез жизни: раньше был здоров.

Обоснование диагноза:

Предшествующее лечение:

Предшествующие обследования: компьютерная томография всего тела: перелом грудной клетки (очевидно осложнение действий по оживлению) и аспирация.

Заключение: поступил в отделение в сверхтяжелом общем состоянии, под наркозом, с механической вентиляцией.

Гипотермия 27,7 С. В шоке, нуждается в вазопрессорном лечении. Диурез скудный, урина красноватая.

Осмотры:

Локальное состояние:

Динамика заболевания:

При поступлении в отделение основная проблема – полиорганическая недостаточность.

Пациент с крайне нестабильной гемодинамикой, для стабилизации чего нуждается в сверх высоких дозах вазопрессорных лекарств (норадреналин 1 мг/мл со скоростью до 100 мл/ч и мезатон 1 мг/мл со скоростью до 100 мл/ч) и достаточно агрессивной инфузионной терапии. На этом фоне показатели артериального давления 51/27 mmHg 80/35 mmHg.

Также проблемой является глубокое нарушение оксигенизации: несмотря на 100%-ое FiO2 и агрессивный режим дыхания, присутствует гипоксия (pO2 30-40 mmHg) Из-за массивной аспирации пресной воды и шока возникли ARDS и анурия и на фоне возникшего гемолиза развилась острая почечная недостаточность. Начат постоянный гемодиализ.

По прибытии в отделение пациент в глубокой гипотермии (27,7 C), согревание медленное и осторожное в течение двух суток.

Учитывая аспирацию, гипотермию и повышение показателей воспаления в первый день лечения начата эмпирическая антибактериальная терапия (инванз 1gx1).

Гемодинамика скорректирована в соответствии с мониторингом центрального круга кровообращения, что дало в последующие дни позитивную динамику. Также улучшилось функционирование легких, поддержание дыхания FiO2 и дыхательным аппаратом удалось снизить. При стабилизации состояния торможение прекращено, однако в части сознания улучшений не было – пациент в глубокой коме.

Частично сохранилось собственное дыхание, рефлекс кашля. Возникли судороги конечностей, в отношении которых проконсультировались с неврологом и сделали ЭЭГ: в мозгу судорожная активность. Для лечения назначены орфирил и ривотрил.

После этого судороги прекратились, но состояния сознания это не изменило. Начато RKK.

19.04. в связи с необходимостью длительной механической вентиляции и из-за устойчивого глубокого нарушения сознания сделана трахеостомия.

Гемодиализ был необходим в общей сложности 23 дня, после чего возник спонтанный диурез и на этом фоне снижение остаточных веществ.

27.04. установлена эпицистостома.

Проблемой является инфекция: высокая температура и активные показатели инфекции в крови. Повторно взяты анализы крови, мочи, посева из трахеи, осуществлены PCR SEPTI-Fast- обследования, взят ликвор для анализа, осуществлены радиологические исследования. Несмотря на это возбудителя инфекции выявить не удалось. Фебрильные температуры (до 40 C) сохранялись и плохо поддавались **antipüreesile**

В связи с этим была эмпирически изменена на имипенем антибактериальная терапия, на фоне чего признаки инфекции исчезли и 25.04 антибактериальная терапия была закончена.

Новое повышение активности показателей воспаления возникло 04.05 и было начато эмпирическое лечение цефепимом, к которому добавили амикацин. Однако лечение было малоэффективно, возбудителя изолировать снова не удалось и 11.05 антибактериальная терапия была заменена на ванкомицин, что клинически подействовало.

17.05 начата баротерапия, которую прервали при возникновении нового фебрилитета. Из трахеи был взят аспират на посев E.Coli (достаточно «чувствительный» штамм) и применено соответствующее лечение.

Текущее состояние пациента стабилизировалось. В части сознания динамика оценена неврологом как минимально позитивная, пациент периодически спонтанно открывает глаза, возникают гримасы на раздражители, глазами пытается найти источник звука. Повторно сделана ЭЭГ, снижены дозы антиэпилептического лечения.

Нуждается в антигипертензивной терапии, диурез адекватный. С 21.05 пациент дышит сам - **elava vegetaatika foonil tahhünoeline**, но газы в крови в норме, функциональность легких удовлетворительная. Энтеральное питание через носогастральный зонд, диурез через эпицистостому. С 09.06 проложена баротерапия. Ежедневно проводится лечебная физкультура. Активность показателей воспаления остается низкой. Общее состояние стабильное.

Для дальнейшего лечения переведен во внутреннее отделение.

Заключение о лечении пациента:

S.Clexane 0,4 ml s/c, T.Metoprololi 25mg x3, T.Orfirili 600mg x3, P.Kcl 600mg x3, S.VitC 1g x3, S Vit B1 100 mg x1, S.Vit B6 100mg x1, T. Zoxon 4 mg x2, T. Rivotrili 2mg + 1,5 mg (через каждые 4 дня снижается доза 0,5mg, следующее снижение 12.06). Nutricomp 400 mg x5, Biokeefir 200 mg x3.