



Հավելված 5

ՀՀ առողջապահության նախարարի
2022 թվականի նոյեմբեր « 03 » - ի N 74 - Ն հրամանի
ՁԵՎ

ԵՐԵՒԱՅԻ ԴՈՒՐՍԳՐՄԱՆ ԿԱՄ ՏԵՂԱՓՈԽՄԱՆ ԷՊԻԿՐԻԶԻ
1.Բժշկական կազմակերպություն՝ Սուրբ Աստվածամայր ԲԿ

2. ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔՈՒՄ ԵՐԵՒԱՅԻ ԷՏԱՊԱՅԻՆ ԷՊԻԿՐԻԶ

Հիվանդ՝ Ալեքս [redacted] ծնված [redacted] 1թ-ին, սանավիացիայով մանկական ռեանիմատոլոգի ուղեկցությամբ, ինտուբված ԹԱՇ օժանդակությամբ, անգիտակից ծայրահեղ ծանր վիճակում նախնական պայմանավորվածությամբ Վանաձորի ԲԿ-ից տեղափոխվել է <<Սուրբ Աստվածամայր>> ԲԿ և 12.05.2026թ., ժամը 14:46-ին ընդունվել հետևյալ ախտորոշմամբ <<Կոմա, ըստ գլազգոյի 3 բալ, ներուղեղային արյունազեղում, ԹԱՇ կոմայով, ասպիրացիայով, ՇԱ 3-րդ աստիճան>>:

Կլինիկական ախտորոշում՝ Սպոնտան ներուղեղային, ներփորոքային արյունազեղումներ, Գալենի երակի հարևանությամբ էքստրավազացիա, Գալենի երակի մալֆորմացիա?, գլխուղեղի այտուց, վիճակ աջից գազաթ-ճակատ-քունքային և ձախից ճակատային շրջանների լայն դեկոմպրեսիոն ռեզեկցիոն տրեպանացիայից հետո, վիճակ ներուղեղային տվիչի տեղադրումից հետո, կոմա GCS 3 բալ, ԹԱՇ վիճակ, սեպսիս՝ թոքաբորբ, հիպերթերմիա, անհայտ էթիոլոգիայի հեպատիտ:

Եզրափակիչ ախտորոշում՝ Գլխուղեղի հետարյունազեղումային իշեմիկ ախտահարում, վենտրկուլոմեգալիայով, հիդրոցեֆալիայով, սուբդուրալ հիդրոմայով, վիճակ աջից գազաթ-ճակատ-քունքային և ձախից ճակատային շրջանների լայն դեկոմպրեսիոն ռեզեկցիոն տրեպանացիայից հետո, վիճակ ներուղեղային ճնշման տվիչի տեղադրումից և հեռացումից հետո, կոմա GCS 5 բալ, վենտ ասոցացված (Acinetobacter Baumannii և Pseudomonas aeruginosa) թոքաբորբ, ՇԱ 2րդ աստիճանի, տրախեոստոմիկ վիճակ, վիճակ պոչուկի շրջանի նեկրեկտոմիայից հետո,

Անամնեզ՝ Ըստ ծնողի խոսքերի գանգատները սկսվել են 12.05.2026թ. մոտավորապես 02:00-ից դիտվել է 1 անգամ փսխման էպիզոդ, որից հետո հիվանդը քնել է, առավոտյան ժամը 06:00-ի սահմաններում երեխային հայտնաբերել են անգիտակից, ցնցման պայմաններում, շ/օ մեքենայով տեղափոխվել է Վանաձորի ԲԿ: Կատարվել է գլխուղեղի ԿՏ քննություն հայտնաբերվել է ներուղեղային ներփորոքային արյունազեղում, կատարվել է շնչափողի ինտուբացիա, և ըստ պայմանավորվածության սանավիացիայով մանկական ռեանիմատոլոգի ուղեկցությամբ տեղափոխվել է Սուրբ Աստվածամայր ԲԿ:

Ընդունվելիս վիճակը՝ Չճ 95/55, t 37.1, ՍՉ 85, Գիտակցությունը բացակայում է, գտնվում է սեղացիայի ներքո, D>S, Մ/ծ գունատ, տ/լ խոնավ: Շնչառությունը ապարատային, երկու կողմից փոխանցվում է հավասարաչափ: Սրտի տոները խլացած, ռիթմիկ, 85գ/ր, պուլսը պերիֆերիայում թույլ ցուցանիշների, դիտվում է զարկերակային հիպոտոնիայի հակում միացվել է նորադրենալին շարունակական եղանակով, դոզան տիտրվել է ըստ Չճ-ի տվյալների ձևավորմամբ: Որովայնը՝ փափուկ միզարձակումը: միզային կատետերով:

Հիվանդության ընթացք 12.05.26թին վիրահատվել է գանգի լայն դեկոմպրեսիվ կրանիէկտոմիա, ներգանգային ճնշման տվիչի տեղադրում:

13.05.26թ ին կրկնվել է գլխուղեղի կոնտրաստով ՅՇ, ախտորոշվել է՝ ներուղեղային, ներփորոքային արյունազեղումներ, Գալենի երակի հարեվանությամբ էքստրավազացիա, Գալենի երակի մալֆորմացիա?, գլխուղեղի այտուց, վիճակ աջից գագաթ-ճակատ-քունքային և ծախից ճակատային շրջանների լայն դեկոմպրեսիոն ռեզեկցիոն տրեպանացիայից հետո, տեղադրված է ներուղեղային տվիչ-դրենաժ, գլխի աջ կեսի փափուկ հյուսվածքների զգալի այտուց: Հաշվի առնելով շարունակվող կոագուլոպաթիան, ներուղեղային արյունազեղումների ծավալը 14.05-ին կատարվել է խորհրդատվություն հեռախոսով հեմատոլոգ-հեմոստագիստ Ստեփանյանց Կլոդեթի հետ, ուղարկվել Յոյանի անվան արյունաբանական կենտրոն արյան նմուշներ՝ կոագուլոգրամմայի և արյան ընդհանուր անալիզի քննություն, արդյունքները քննարկվել են հեռախոսագրույցով, առկա է մակարդման 7րդ գործոնի անբավարարություն, փոխլրացման նպատակով բուժմանը ավելացվում է 10մլ/կգ թՄՊ օրեկան, ամենօրյա կոագուլոգրամմայի հետազոտությունների հսկողության ներքո, կոնակիոն 10մգ/օր, տրանեքսամ շարունակական 2մգ/կգ/ժ:

Տևական դիտվել է ջերմության բարձրացում, մշտական ջերմել ֆեբրիլ թվերի վրա, դիտվել բորբոքային մարկերների աճ՝ CRP 207մգ/լ, զարգացել երիկամների սուր վնասում, հիվանդության զարգացման սեպտիկ ընթացքը, պոլիօրգան անբավարարության զարգացումը

19.05.26թին, 20.05.25թին կատարվել է է նեֆրոլոգի՝ Սարգսյան Ա. Ալեքսանդրովիչի խորհրդատվություններ, եզարակացություն՝ երիկամների Սուր վնասում, չի բացառվում ինտերստիցիալ նեֆրիտի զարգացումը, ավելացվել է ֆուրասեմիդ, դեքսամետազոն 4մգ*2, հակակտերիալ բուժումը իրականացնել ըստ CrCL:

Միացվել է արտաքին փորոքային դրենաժ, արտադրությունը հին արյունային:

Բուժման ընթացքում չնայած հակապարկելախոցային միջոցառումների կիրառմանը առաջացել է պոչուկի շջանում տրոֆիկ խանգարման օջախ, որը դիսամիկայում բարդացել է, կատարվել է նեկրեկտոմիա: Պարբերաբար կատարվել է արյան, խորխի, գանգուղեղային հեղուկի բակ քննություն: Բակ քննությամբ խորխի բակ քննությամբ հայտնաբերվել *Acynetobacter baumanii*, զարգացել վենտ-ասոցացված թոքաբորբ, վերջինս բարդացել է սեզմենտար դեստրուկտիվ թոքաբորբով, միացվել միկրոբ թիրախային Colistin, Polimixin:

29.05.26թ տեղադրվել է տ/խ, ապարատային աջակցությունը դիսամիկայում նվազեցվել է: Տևական ստանում է վերականգնողական ֆիզիոթերապիա:

30.06.2026թին կատարվել է կրկնակի նեկրեկտոմիա:

Ներկա պահին երեխայի վիճակը ծանր է պայմանավորված վեգետատիվ վիճակով, տետրապարեզով իմունոդեֆիցիտային վիճակով, տեղադրված է արտաքին դրենաժ, պլանավորվում է V P շունտավում: Երեխայի մոտ թթվածնակախյալությունը պահպանվում է, պայմանավորված նոզոկոմիալ թոքաբորբով պարբերաբար կատարվում է պառկելախոցերի մշակում, նեկրեկտոմիա, պայմանավորված իմունոդեֆիցիտ վիճակով վերջերը դժվարությամբ են ապաքինվում, ի հայտ են եկել պառկելախոցերի այլ մակերեսներ հպման շրջանում: Կերակրվում է ն/գ գոնդով, հավելյալ ստանում պարենտերալ սնուցում կաթիվեն:

Երեխայի իմունոդեֆիցիտը կոմպենսացնելու, իմունոմոդուլյացիայի նպատակով երեխային անհրաժեշտ է օկտագամ IV IG 50gr

12.08.2026թ Բուժող բժիշկ՝ Կիրակոսյան Է. Ա.

