

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 1

Выписка из истории болезни № 382

Живетьев Константин Юрьевич, 1983 г.р.

Поступил: 18.03.13. Выписан: 29.03.13.

Анамнез собран со слов родственников, достоверной мед. документации нет.

10.04.2010г. утопление в холодной и пресной воде. Длительность асфиксии достоверно – неизвестна. Реанимационные мероприятия на месте пришествия “ скорой” в течение около 45 мин. Далее проводилась интенсивная терапия на р/о б-цы г. Таллин, в том числе –курс ультрагемофильтрации по поводу гемолиза в остром периоде. Дыхание через трахеостому ИВЛ. Перенес аспирационную пневмонию, септическое состояние. Диагностирована симптоматическая эпилепсия (первично генерализованные судорожные приступы со средней частотой 1 раз в 2-3 недели) по поводу чего получает антиконвульсанты. В последующем периоде больной находится в вегетативном состоянии, кормление осуществляется через гастростому, мочевыделение через мочеприемник. После стабилизации витальных функций, проходил восстановительную терапию в различных стационарах Эстонии, Германии, а также в РНХИ им проф. А.Л. Поленова в СПб, в том числе и интродкаротидная инфузионная терапия. Проводились повторные (в динамике №3) ПЭТ исследования головного мозга с фтордезоксиглюкозой – отмечена положительная динамика. Поступил в ИМЧ РАН для обследования и лечения.

При поступлении – соматически без отчетливых декомпенсаций. Гемодинамические показатели – устойчивые. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание свободное, адекватное. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Питание через гастростому, последняя функционирует удовлетворительно. Кроме того, способен глотать пищу самостоятельно.

Неврологически (осмотрен неврологом): уровень “малого сознания” (следит за окружающими, пытается фиксировать взор); реакции, в том числе и вербальные, на внешние раздражители с эмоциональной окраской, создается впечатление о попытках выполнять простые задания. Прослеживается негативизм в поведении. Объем движений глазных яблок достоверно не верифицировать. Анизокории нет, фотореакции сохранены. Первая фаза глотания сохранна, однако 2-я - не всегда эффективна, особенно при введении жидкой пищи. Фокация сохранена. Кашлевой и глоточный рефлексы – сохранены. Имеет место спастический тетрапарез без убедительных признаков формирования суставных контрактур, в большей степени выраженных в верхних конечностях. С учетом наличия у больного негативизма в поведении, достоверно степень выраженности тетрапареза уточнить в настоящий момент не представляется возможным. Глубокие рефлексы оживлены, чуть ярче – слева. Бр. рефлексы сохранены - ср. живости. Поверхностная чувствительность представляется сохранной. Глубокую чувствительность достоверно -не исследовать.С-мы орального автоматизма, билатерально знаки Бабинского и Оппенгейма. Диурез не контролирует.

Офтальмолог: признаков моторно-зрачковых нарушений нет, среды прозрачны, глазное дно- признаки ангиопатии сетчатки.

ЭКГ: вертикальная электрическая позиция. Отклонение электрической оси QRS вправо. Снижение Т-волн в левых грудных отведениях. В остальном – без особенностей.

Терапевт: хронический пиелонефрит, хронический цистит, ремиссия. Прием: эссенциале форте 2капсх3 раза в день; фестал по 1 таб.х3 раза в день во время еды; при запорах –дюфалак х3 раза в день, при стойких запорах –per rectum суппозитории бисакодила.

Данные МР – трактографии, ЭЭГ, ЭЭГ видео мониторинга; когнитивных и слуховых ВП, регистрации времени центрального моторного проведения мышц верхних и нижних конечностей УЗДГ и ЭХО-ЭГ; УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных пространств– прилагаются к выписке.

Эпилептолог (осмотр в динамике) – симптоматическая эпилепсия. Рекомендации (прилагаются к выписке):

1. Ламиктал 150 -0 -200 мг постоянно;
2. Финлепсин ретард 400-0- 400 мг. с повышением дозировки до 600-0-600 мг. при хорошей переносимости ( в течение 3-х недель);
3. Клоназепам (ривотрил) 0,0005 -1 –я неделя; 0,001 -0-0,005 -2-я неделя; 0,001-0,001 –постоянно (1мгх2 раза в день). Повторение видео ЭЭГ мониторинга через 2- 6 месяцев.

Терапия: симптоматическая, антиконвульсанты, вазоактивная, ЛФК, ФТЛ.

Клинический анализ крови, коагулограмма – прилагается к выписке. Общ. белок 68,0 г/л; АЛТ 65,3; АСТ 33,7 Е/л.; глюкоза - 4,9 ммоль/л; общий билирубин 12,3 мкмоль/л; мочевины 4,9 ммоль/л; тимоловая проба 0,7 ед.ШН; Ионограмма: калий 4,8; кальций 2,12; хлориды 102 (ммоль/л); натрий 142 моль/л. Ан. гормонов крови Т<sub>3</sub> -1,1 нмоль/л, Т<sub>4</sub> своб. – 19,0 пмоль/л, ТТГ – 0,73 мкМЕ/мл., Анти ТПО <8,5; кортизол 803 нмоль/л. Общ. холестерин 4,3; триглицериды 0,94; ЛПВП 1,29; ЛПНП 2,59 (ммоль/л); коэффициент атерогенности 2,3. RW, HBS, HCV, Ф-50 – отриц. Ан. мочи: белка, сахара нет, плотн. 1015, рН >7, лейкоциты 3-4-4 ед. в поле зрения.

На фоне терапии следует отметить некоторую тенденцию к большей активизации движений в конечностях. Выписывается в компенсированном состоянии (по завершении I этапа стац. лечения) под наблюдение невролога, терапевта и эпилептолога по месту жительства. Транспортателен автотранспортом.

Рекомендовано: наблюдение невролога, терапевта, эпилептолога; реабилитолога по месту жительства; контроль ЭЭГ с количественным анализом (в динамике); вызванных потенциалов мозга (слуховые, зрительные: коротко- и длинно-латентные, соматосенсорные); доплерография церебральных сосудов в динамике (косвенная оценка процессов церебральной перфузии, эквивалента ВЧ давления); контроль клинического и биохимического анализа крови, ан. мочи. Кормление через гастростомическую трубку дробное, постепенное расширение объема вводимой пищи через рот, при возможности – отказ от гастростомы. Рекомендации терапевта и эпилептолога (см. выше). Повторные курсы кортексина 1,0 в/м №10 (2-3 в году); Вит Е 800 мг.в сут.(курсами до 1,5 мес.х3 раза в году), фолиевая кислота 5мгх2 раза в день, сирдалуд МР 6мг по ½ х2 раза в день, вит. В6 10мг.х3 раза в день (курсом 2мес -3 курса в году), цераксона 4,0 в/м №10 (2 раза в году), милдроната 5,0 в/м №10(2-3 курса в году), солкосерила 2,0 в/м №25 на курс (1 курс в году), глиатилина 1000 мг. на 0,9% растворе натрия хлорида 200,0 №5(2 курса в году); трентала 5,0 на 0,9% растворе натрия хлорида 200,0 №10 (2-3 курса в году); логотерапия, ФТЛ, ЛФК, оксигаротерапия. С целью расширения возможностей и эффективности ЛФК, применение технических средств (тренажеров) для индивидуальной программы реабилитации: “Мотомед”; “Параподиум”. Рекомендовано продолжение реабилитационной терапии в ИМЧ РАН через 2-6 мес. 2013г с возможным применением курсов микрополяризации, лечебной цитофармакотерапии, а также ликворотерапии.

Диагноз: Постгипоксическая энцефалопатия, малое сознание. Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия. НЦД.

Лечащий врач, н/хир,  
к.м.н.



Селиверстов Р.Ю.

Зав.отделением  
Ст.н.с., к.м.н.:



Гурчин А.Ф.