

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 интродикариотидная инфузионная терапия. Проводились повторные (в динамике №3) ПЭТ исследования головного мозга с фтордезоксиглюкозой – отмечена положительная динамика. Проходил лечение в ИМЧ РАН в марте 2013г. с диагнозом: Постгипоксическая энцефалопатия, малое сознание. Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия. НЦД. 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– на руках. Неоднократно обследовался и лечился в ИМЧ РАН. В очередной раз поступил в ИМЧ РАН для обследования и лечения повторно.

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 per os удовлетворительно.

Неврологически: уровень “малого сознания” (следит за окружающими, пытается фиксировать взор); реакции, в том числе и вербальные, на внешние раздражители с эмоциональной окраской, пытается выполнять простые задания. Приходящий негативизм в поведении. Объем движений глазных яблок достоверно не верифицировать. Анизокории нет, фотореакции сохранены. Глотание и фонация сохранены. Кашлевой и глоточный рефлексы – сохранены. Имеет место спастический тетрапарез без убедительных признаков формирования суставных контрактур, в большей степени выраженных в верхних конечностях. Способен ходить с поддержкой. Глубокие рефлексы повышены, S>D. Бр. рефлексы ср. живости. Поверхностная чувствительность представляется сохранной. Глубокую чувствительность достоверно -не исследовать. Сохраняются с-мы орального автоматизма, билатерально знаки Оппенгейма. Диурез не контролирует (диурез осуществляется через мочеприёмник).

Офтальмолог (полноценный осмотр невозможен из-за затруднений контакта с больным): признаков моторно-зрачковых нарушений нет, среды прозрачны, глазное дно-признаки ангиопатии сетчатки, косвенные признаки миопии слабой степени.

Терапевт: ЖКБ. ДЖВП. Мочекаменная болезнь. Синдром ВСД.

Логопед (заключение прилагается к выписке).

Эпилептолог: Симптоматическая эпилепсия, фокальная форма. Видоизменена схема приёма антиконвульсантов (см. ниже).

Данные видео ЭЭГ мониторинга, ВП, ЭНМГ, дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных пространств прилагаются к выписке.

Терапия: симптоматическая, антиконвульсанты (ламиктал 200-0-200мг, ривотрил 1мг -0-1мг, депакин -хроно 0-0-150мг); вазоактивная (курс кортексина, цераксона, глиатилина), ЛФК, ФТЛ.

Клинический анализ крови, коагулограмма – прилагается к выписке. Общ. белок 66,6 г/л; АЛТ 58,7; АСТ 22,1 Е/л.; глюкоза - 5,1 ммоль/л; общий билирубин 13,6 мкмоль/л; мочевины 4,9 ммоль/л; тимоловая проба 0,9 ед.ШН; креатинин 0,080 ммоль/л. Ионограмма: калий 4,35; кальций 2,38; хлориды 102 (ммоль/л); натрий 141 ммоль/л. Общ. холестерин 3,75; триглицериды 0,87; ЛПВП 1,26; ЛПНП 2,1 (ммоль/л); Коэффициент атерогенности 1,92. Ан. мочи: белка, сахара нет, плотн. 1020, рН =7, лейкоциты 1-1-1 ед. в поле зрения.

Выписывается в компенсированном состоянии (по завершении контрольного обследования) под наблюдение невролога, терапевта и эпилептолога по месту жительства. Транспортабелен 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 (трансаминазы), ан. мочи. 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), цераксон 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); гептрал 400мгх3 раза в день; рибоксин 0,2х3 раза в день, логотерапия, ФТЛ, ЛФК, оксигаротерапия. По рекомендации эпилептолога, при отсутствии аллергических реакций, увеличения активности трансаминаз крови, нормальных анализах клинической крови – увеличение доз приёма (в дополнение к прежней терапии ламикталом и ривотрилом) депакина-хроно (с 10.04.2014) по схеме: 150-0-150 (мг.) в теч. 2 -х недель; далее: 300-0-300 (2 недели); затем 300-0-450 (2 недели) и, наконец, 300-0-600мг постоянно. В случае положительного эффекта (отсутствие клиники пароксизмального синдрома, положительную динамику на ЭЭГ), через 3-4 мес. снижать дозу ривотрила по схеме: 0,25-0-0,5 таб. (месяц), затем 0-0,25-0,25 (месяц), 0-0-0,25 (2 месяца) и отмена (0-0-0). Копия рекомендаций эпилептолога – прилагается к выписке. С целью расширения возможностей и эффективности ЛФК, применение технических средств (тренажеров) для индивидуальной программы реабилитации: "Мотомед". Рекомендовано продолжение восстановительной терапии в ИМЧ РАН в июне-июле 2014г с возможным применением ликворотерапии.

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

Лечащий врач, н/хир,
к.м.н.

Селиверстов Р.Ю.

Зав.отделением
Ст.н.с., к.м.н.:

Гурчин А.Ф.

X. Неврологическое исследование и заключение невропатолога:

2/IV Консультация зав. каб.
Эпидемиолог Н.Н. Королева

Др. Гл. ин. Эпидемиолог Северо-западного
Фармацевтического центра

Рекомендации:

1) Угнетенная сохр. способность крестури
с жидкостью 1-3 град в месяц,
рекомендована Сильва терапия.
В время приема разводится уксус
в виде тонкого напышения и
корректирует свет тела. В течение
30-40 секунд. Во время приступа уберечь
голову и туловище от ударов, себя огра-
дывать от шума при выдохе в лоток с об.

Нынешнее состояние
Эпидемиологическое состояние об.
на 800 (характерно не только асиммет-
рией глаз и мышечной, перенесших
каким-либо образом смерть и злейшего
кожу)

Рекомендации: в течение в течение

1) Глазные капли 150 мг (первая)
300 мг - 0 - 150 мг (вторая)
300 мг - 0 - 300 мг (третья) → 800 - 0 - 450 (2000)
300 мг - 0 - 600 мг по показаниям

корректируем / и
АКТ и АСВ! см. снб!

2) Глазодилаторы снб
3) Глазные капли снб или в/в

3) Глазные капли 200 - 0 - 200

4) В среднем + 1 зарплата¹ - 18 - зарплата
можно считать по формуле Руботин

$$\frac{1}{4} - 0 - \frac{1}{2} \text{ (месяц)}$$

$$\frac{1}{4} - \frac{1}{4} \text{ (месяц)}$$

$$0 - 0 - \frac{1}{4} \text{ (2 месяца)}$$

$$0 - 0 - 0$$

5) } 8/10 акт провер: АС, ХЛТ, ОБИДУФЛ
3/10 } 6/10 акт провер: НБ, П, ПОН, АССЕВЗ
6/10 } метром от все

6) Не отн ввернее, главное
средств за сынто.

~~1~~ / работа НТО)