

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 1

Выписка из истории болезни № 1085

Живетъев Константин Юрьевич, 1983 г.р.

Поступил: 30.09.13. Выписан: 04.10.13.

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, мочеиспускание 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. Проходил лечение в ИМЧ РАН в марте 2013г. с диагнозом: Постгипоксическая энцефалопатия, малое сознание. Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия. НИЦД. 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.

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 через гастростому, последняя функционирует удовлетворительно. Кроме того, способен глотать нежданную пищу самостоятельно.

Неврологически: 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 некоторый 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. Фонация сохранена. Кашлевой и глоточный рефлекс – 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-зрочковых нарушений нет, среды прозрачны, глазное дно- признаки ангиопатии сетчатки.

Эпилептолог данные осмотра - прилагаются к выписке

Данные видео ЭЭГ мониторинга, транскраниальной диагностической стимуляции - прилагаются

Терапия: симптоматическая, антиконвульсанты (ламиктал 150-0200мг;финлепсин 600-0-600), ривотрил 1тх2 раза; вазоактивная (начат курс кортексина, цераксона, глиатилина), ЛФК.

Клинический анализ крови, коагулограмма – прилагается к выписке. Общ. белок 67,9 г/л; АЛТ 38,7; АСТ 27,4 Е/л.; глюкоза - 6,3 ммоль/л; общий билирубин 13,2 мкмоль/л; мочевины 3,6 ммоль/л; тимоловая проба 0,9 ед.ШН; Ионограмма: калий 4,2; кальций 2,36; хлориды 100 (ммоль/л); натрий 139 моль/л. Ан. мочи: белка, сахара нет. плотн. 1020, рН =7. лейкоциты 1-2-1 ед. в поле зрения.

Выписывается в компенсированном состоянии (по завершении контрольного обследования) под наблюдение невролога, терапевта и эпилептолога по месту жительства. Транспортabelен 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. Продолжение антиконвульсивной терапии (см. выше). Видоизменение антиконвульсивной терапии – под контролем эпилептолога. Введение в терапию мирапекса 0,25 -1 таб. на ночь, при хорошей переносимости. **Повторные курсы кортексина 1,0 в/м №10 (2-3 в году) – начатый курс закончить (до 12 введений); Вит Е 800 мг.в сут.(курсами до 1,5 мес.х3 раза в году), фолиевая кислота 5мгх2 раза в день, цераксона 4,0 в/м №10 (2 раза в году)-начатый курс закончить (до 15 введений), 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) –начатый внутримышечный курс закончить до 10 введений; трентала 5,0 на 0,9% растворе натрия хлорида 200,0 №10 (2-3 курса в году); логотерапия, ФТЛ, ЛФК, оксигенотерапия. С целью расширения возможностей и эффективности ЛФК, применение технических средств (тренажеров) для индивидуальной программы реабилитации: “Мотомед”. Рекомендовано продолжение реабилитационной терапии в ИМЧ РАН через 6 мес. 2013г с возможным применением курсов микрополяризации, лечебной цитофармакотерапии, а также 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.