



ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

история болезни 3207

находится на лечении с 23.11.10 по настоящий момент

Пациент Живетьев Константин Юрьевич (24.06.1983)

ЕС Эстония, г Нарва 9-17

Страховой анамнез: инвалид 1 гр, в выдаче б/листа не нуждается

поступил в РНХИ им. А.Л. Поленова 23.11.10 с диагнозом: **Утопление в пресной воде от**

10.04.10. Постгипоксическая энцефалопатия. Персистирующее вегетативное состояние.

Аспирационная пневмония. Гемолиз. Острая почечная недостаточность.

Из анамнеза известно: 10.04.10 утопление в холодной пресной воде (длительность неизвестна). Реанимационные мероприятия проводились сразу на месте. На момент прибытия бригады скорой медицинской помощи пациент находился без сознания, продолжены реанимационные мероприятия (общая продолжительность составила около 50 мин). Далее проходил лечение в клиниках Эстонии. За период лечения можно выделить основные этапы: в остром периоде у пациента отмечался гемолиз, ОПН получал экстракорпоральное лечение. Перенес сепсис, аспирационную пневмонию, ПОН. Диагностирована симптоматическая эпилепсия, получал комбинированную 2-х компонентную противосудорожную терапию (орфирил и ривортил). Проведен комплекс лабораторных, инструментальных обследований. За период с 10.04.10 отмечались эпизоды расширения контакта, пациент улыбался, пытался выполнять простые задания.

Переведена в РНХИ им. А.Л. Поленова 23.11.10 для дообследования и лечения.

При поступлении: Состояние стабильное, компенсированное по витальным функциям. Диффузные мышечные атрофии. Пролежни отсутствуют. Центральный венозный катетер отсутствует. Видимые слизистые розовые. Гемодинамически стабилен. Дыхание через трахеостомическую трубку, санируется умеренное кол-во слизистого отделяемого. Питание зондовое, частично ест через рот (малые порции). Живот доступен глубокой пальпации. Физиологические отправления в норме (эпицистостома).

Малое сознание. Продуктивному контакту не доступен, лежит с открытыми глазами, периодизация сна/бодрствования сохранена. Пытается переводить/фиксировать взгляд. Зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Движение глазных яблок оценить затруднительно. Корнеальные рефлексы сохранены. Питание зондовое, глоточный рефлекс средней живости, кашлевой рефлекс удовлетворительный. Тетрапарез. Мышечный тонус диффузно повышен, до 4 баллов по шкале Ашфорта. Декортикационная установка кистей, с формирующимися контрактурами в локтевых и кистевых суставах, формирующиеся разгибательные контрактуры в коленных суставах. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены S>D, патологические сгибательные кистевые, + орального автоматизма.

Выполнены обследования:

ЭЭГ с фармакологическими пробами – получена умеренная перестройка паттерна по типу ускорения. С 24.11.10 по результатам проведенного теста получал планово Седуксен 7,5 мг х 2 р/сутки, Санвал (золпидем) 10 мг на ночь.

УЗИ вен ног: тромбов не выявлено, вены проходимы.

25.11.10 с целью коррекции мышечного тонуса, формирующихся контрактур выполнено введение Ботулотоксина А (Ксеомин) введено 500 ЕД. m biceps, m brachioradialis, palmaris longus, flexor digiti superficialis, m lumbricalis, m flexor carpi radialis, masseter.

МРТ + МР трактография (3,0 Тесла) 30.11.10 – постишемические изменения обоих больших полушарий в пределах задних отделов бассейна передних мозговых артерий. Открытая заместительная гидроцефалия. Платибазия со значительным уменьшением кранио-вертебрального угла. Умеренное понижение фракционной анизотропии мозолистого тела с обеднением его проводников (данные выданы на руки)

04.12.10 ЭНМГ. Аксонально-демиелинизирующая полинейропатия. DS: Полинейропатия критических состояний.

Осмотр нефролога 03.12.10 : Хронический цистит, непрерывно-рецидивирующее течение. Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение. Рекомендована терапия ТАВАНИК в таблетированной форме. С 03.12.10 получал Таваник 500 мг x 1 р/д в течении 5 дней.

СКТ легких 06.12.10: Плевра-диафрагмальные спайки в нижней доле правого легкого. Локальный пневмосклероз S9-S10 нижней доли правого легкого.

Осмотр ЛОР врача 06.12.10: глоточный, кашлевой рефлекс удовлетворительный. Противопоказаний к деканюляции нет.

06.12.10 выполнена деканюляция.

17.12.10 Бронхоскопия. В пределах осмотра патологии не выявлено.

ПЭТ 08.12.10: Выраженный гипометаболизм глюкозы в медиальной коре теменных долей и задних половинах поясных извилин соответственно области измененного сигнала МРТ. Гипометаболизм глюкозы в конвекситальной коре левых теменной, височной, затылочной и лобной долей, а также в правой теменной доли. Гипометаболизм глюкозы в передних подкорковых ядрах, а также в мозжечке.

По результатам обсуждения с руководителями отделений принято решение о проведении пролонгированной в/а инфузии, согласно разрабатываемому в РНХИ протоколу, вазоактивных, нейромедиаторных и метаболических препаратов с целью доставки активных веществ непосредственно к доминантному полушарию головного мозга, минуя «естественные фильтры» организма, что может привести к достижению более выраженного клинического эффекта.

Проведена разъяснительная беседа с родственниками, получено согласие на проведение в/а инфузии.

13.12.10 операция: Установка микрокатетера в супраклиноидный отдел левой ВСА для проведения интракаротидной инфузии.

Получал в/а инфузию с 13.12. по 20.12.10 включительно. Длительность постановки составила 7 суток. За период инфузии зарегистрирован 1 первично генерализованный припадок, купирован симптоматически. Отмечена положительная динамика как в клинической картине (впервые с момента поступления улыбался, смеялся при просмотре фильма), так и по данным ЭЭГ (ускорение паттерна, элементы альфа активности).

20.12.10 выполнена биопсия скелетных мышц. Данные отправлены в патанатомическую лабораторию. В работе.

ПЭТ 22.12.10: Выраженный гипометаболизм глюкозы в медиальной коре теменных долей и задних половинах поясных извилин соответственно области измененного сигнала МРТ. Гипометаболизм глюкозы в конвекситальной коре левых теменной, височной, затылочной и лобной долей, а также в правой теменной доли. Отсутствие динамики нарушений энергетического метаболизма за 2 недели наблюдения.

24.12.10 УЗИ почек: Правая почка 113x58 мм, паренхима утолщена до 23 мм. Левая почка 105x60 мм, паренхима утолщена до 29 мм. Пирамиды небольших размеров. Кортикальный слой повышенной эхогенности, однородный. ЧЛС не расширена. Конкременты не определяются. Подвижность почек сохранена.

За период наблюдения, лечения выполнены необходимые лабораторные (биохимические, клинические, гормональные, бактериологические), инструментальные обследования. (ксерокопии результатов при выписке или по требованию).

С целью коррекции трофических нарушений, стимуляции анаболических процессов на фоне нормальных показателей белка/альбумина крови пациент получил Ретаболил (нордралон) в дозе 25 мг в/м.

С целью стимуляции нейрорегистивности, эритропоэза 16.12.10 выполнена инъекция РЕКОРМОН 10.000 ЕД (показатели железа, ферритина контролируются), планируется 3 инъекции на курс.

Осуществляется подбор состава нутриционной поддержки, отмечался эпизод рвоты, отхождения застойного содержимого позонду. На данный момент пациент стабильно, питание усваивает, получает: Оликлиномель в/в 2000 мл, Клинутрен 1,5 банки в сутки, клетчатка, ферменты, пробиотики.

На 9-е сутки после деканюляции, на фоне отмечавшейся рвоты, появились проводные хрипы, ослабление дыхания в нижних отделах справа. Выполнен Rg – пневмоническая инфильтрация в правых нижних отделах. Назначена а/б терапия Сульперазон + Амикацин (получает по настоящий момент), усилены профилактические меры (перкуторный/аппаратный массаж, ингаляции). **17.12.10 Бронхоскопия.** В пределах осмотра патологии не выявлено. На фоне лечения с положительной динамикой. **СКТ легких 27.12.10** Плевра-диафрагмальные спайки в нижней доле правого легкого. Локальный пневмосклероз. Очагово-инфильтративных изменений не выявлено.

За период наблюдения отмечена умеренная положительная динамика в виде эпизодов расширения контакта, эмоциональной окраски общения с родственниками, просмотра ТВ. Расширение объема движений в крупных суставах, расширение объема спонтанной активности. Одним из ведущих неврологических синдромов остается спастический тетрапарез (при поступлении 4 б, на 28.12.10 3б по шкале Ашфорта) на фоне диффузных мышечных атрофий, полинейропатии, что существенно затрудняет реабилитационные мероприятия. Коррекция миорелаксантами центрального действия не проводится с учетом опыта на предыдущих этапах лечения пациента (получал сирдалуд) и широко известными возможными побочными эффектами (с момента поступления отмечается трансаминит, как проявление токсического гепатита).

Тем не менее, по совокупности данных, складывается впечатление, что в структуре длительного нарушения сознания, у данного пациента, сохраняется функциональный компонент (патологическая доминанта), что может обуславливать целесообразность проведения дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий. Так же возможен отсроченный эффект от проведенной пролонгированной внутриартериальной инфузии.

Руководитель отделения
д.м.н. проф. Кондратьев А.Н.

леч. нейрохирург, зав III нейрохирургическим отд.
к.м.н. Киселев В.С.

врач-невролог
Кондратьев С.А.