



**ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ НЕВРОЛОГИИ ОНМК**  
**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Ф.И.О.: ЧЕРЕВАЧ Владимир Викторович  
Возраст: 36  
Дата рождения: 31.12.1982  
Номер и/б: 2018 6 2302  
Дата поступления: 14.06.2018  
Дата выписки: 12.07.2018

**ДИАГНОЗ:**

**Основное заболевание:** Последствия тяжелой закрытой черепно-мозговой травмы (ДАП от 18.10.2012) (посттравматическая энцефалопатия). Пирамидно-экстрапирамидный синдром с орофациальной, цервикальной, торсионной дистонией. Дистония в конечностях с формированием мышечных контрактур. Псевдобульбарный синдром. Глазодвигательные нарушения. Двусторонние послеоперационные дефекты костей свода черепа. Код по МКБ10: T90.5. Код по МКБ10: T90.5

**Сопутствующее заболевание:** Неполный парез надгортанника, черпалонадгортанных складок (эндоскопические признаки шкалы пенетрации/аспирации (PAS) - 1-2, шкала тяжести дисфагии (FEDSS) - 3. Хронический орхоэпидидимит, вне обострения.

Нозокомальная аспирационная пневмония (от 13.06.2017г.), реконвалесценция.

**Операции:** Гастростома (25.09.2014г.). ТСТ от 07.05.2017г.

**Жалобы при поступлении:** самостоятельно не предъявляет ввиду тяжести неврологического дефицита.

**Анамнез заболевания:** ДТП от 18.10.2012г., лобовое столкновение, водитель. В экстренном порядке бригадой СМП был доставлен в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, где находился на лечении с 18.10.2012 по 04.06.2013г. с диагнозом: «ЗЧМТ от 18.10.2012г.: УГМ тяжелой степени. Диффузное аксональное повреждение. Травматическое субарахноидально-вентрикулярное кровоизлияние. Субдуральная гидрома 140 см<sup>3</sup> в правой лобно-височно-теменной области. Подпапневротическая гидрома 30 см<sup>3</sup>. Отек, дислокация головного мозга. Вторичный менингит. Двусторонняя пневмония. Дизрезорбтивная гидроцефалия. Миокардиодистрофия. Множественные ушибы и ссадины конечностей. Состояние после двусторонней резекционной трепанации черепа, удаления субдуральной гидромы, лапароцентеза от 18.10.2012; трахеостомии от 19.10.2012; удаление подпапневротической гидромы 30 см<sup>3</sup>, удаление субдуральной гидромы 140 см<sup>3</sup>, дренирования субдурального пространства от 05.11.2012; ВПШ от 05.12.2012г». С 04.06.2013г. по 31.10.2015г находился на лечении в ФМБЦ им А.И. Бурназяна.

06.06.2013г. произведена замена вентрикулоперитонеального катетера ВПШ.

18.06.2013г. удалена трахеостома. 25.09.2014г. установлена гастростома.

Неоднократно проходил курсы реабилитационно-восстановительное лечение в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Проводились реабилитационные мероприятия.

Настоящая госпитализация плановая с целью продолжения реабилитационного лечения.

**Состояние при поступлении:**

Общее состояние: тяжелое. Телосложение: правильное. Кожные покровы: обычной окраски, чистые, теплые. Двусторонние посттрепанационные дефекты костей черепа. ТСТ, гастростома – без признаков воспаления. Видимые слизистые: влажные, оюычной окраски. Подкожная жировая клетчатка: развита умеренно.



Система органов дыхания: Дыхание самостоятельное., через ТСТ. Аускультативно с жестким оттенком, проводится по всем отделам, единичные проводные хрипы ЧД 16/мин, ритм правильный. SPO2:96% (атм.воздух).

Сердечно-сосудистая система: АД 100/60 мм рт.ст. Частота пульса: 62/мин, ритм правильный. Область сердца не изменена. Аускультация: ритм правильный, тоны чистые, ясные, шумы отсутствуют.

Система пищеварения: Полость рта: без видимой патологии. Живот: не увеличен, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень: по краю реберной дуги. Стул: регулярный, без особенностей.

Мочеполовая система: Мочеиспускание самостоятельное, дизурические явления отрицает. Почки: пальпация области почек безболезненная с обеих сторон. Симптом поколачивания: отрицательный с обеих сторон.

Нервная система и органы чувств: в сознании. Менингеальных знаков нет. Зрачки равные, круглые, центрированы. Фотореакции сохранены. Корнеальный и конъюнктивальный рефлекс сохранены. Лицо симметрично. Выводит по команде язык. Грубый тетрапарез, преимущественно в левых конечностях, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу, формированием мышечных контрактур.

#### **Динамика состояния:**

29.12.2016г., во время проведения занятий специалистами ЦСМиР ФМБА России получил травму правого плечевого сустава, с последующим проведением вправления вывиха плечевого сустава под в/вен седацией с положительным эффектом. В последующем проводилась иммобилизация правого плечевого сустава, спустя 2 месяца начата постепенная разработка сустава (возобновление ЛФК, кинезиотерапия), продолжающаяся по настоящее время. Двигательный объем расширяется. От 17.03.2017 обострение хронического орхоэпидидимита. По согласованию с урологом, клин. фармакологом назначена АБТ (меронем). Впоследствии, ввиду хронического процесса пациенту был проведён продлённый курс антибиотикотерапии монуралом (каждые две недели прием внутрь в дозировке 3г/сут.)

05.05.2017г. у пациента по данным МСКТ ОГК, лабораторным данным верифицирована внутрибольничная левосторонняя пневмония, наиболее вероятно, аспирационного генеза. Получал АБТ эртапенем 1 г/сутки в/в капельно до 16.05.2017г.

07.05.2017г. развитие эпизода ДН II ст. тяжести, ввиду чего пациент в экстренном порядке переведён в отделение нейрореанимации. С учетом клинической картины, данных проведённого дообследования (см. ЭГДС) принято решение о наложении ТСТ ввиду недостаточной дыхательной функции через ВДП. Процедуру перенёс удовлетворительно.

16.05.2017г. на фоне положительной динамики клинической картины, лабораторных показателей, данных проведённого дообследования, АБТ отменена по согласованию с клиническим фармакологом.

13.06.2017г. вираж лихорадки до 38,5С. По данным лаб. контроля лейкоциты  $8,6 \times 10^9$ /л; СРБ 33 мг/л. По данным МСКТ ОГК: Изменения в верхушке правого легкого дифференцируются между воспалительными изменениями и гиповентиляцией, сопоставить с клинико-лабораторными данными. Уменьшился бронхоэктаз с содержимым в S5 левого легкого. Тактика ведения пациент обсуждена с клин. фармакологом: Нельзя исключить наличие у пациента нозокомальной аспирационной (эпизод аспирации при длительном сдувании манжеты трахеостомы) пневмонии с факторами риска полирезистентной грамотрицательной флорой. Рекомендовано назначение цефоперазон/сульбактам 4 г в/в капельно 2 раза в сутки - 5 дней, далее продлена до 10 дней. Впоследствии у пациента субфебрилитет до 37,8С. 19-22.06.2017г. стойкая нормотермия, ввиду чего 23.06.2017г. - отмена АБТ.

**На настоящий момент:** Жалоб самостоятельно не предъявляет ввиду речевых нарушений, неврологического дефицита. Общее состояние тяжелое, стабильное. Нормотермия за период



наблюдения. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые, физиологической влажности. Область установки гастростомы без признаков воспаления. Периферических отёков нет. Дыхание самостоятельное, через ТСТ, аускультативно - везикулярное, несколько ослаблено в нижне-базальных отделах, хрипы не выслушиваются. При санации - скудное количество слизистой мокроты. ЧДД 16 в мин, ритм правильный. Гемодинамика стабильна. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС=пульс=78/мин, ритм правильный. Живот мягкий, при пальпации мягкий, б/б при пальпации. Стул был, оформленный. Диурез адекватен волемии, мочеиспускание самостоятельное, в подгузник в ночное время, в дневное - в утку. Моча визуально без патологических примесей. В неврологическом статусе: количественных расстройств сознания нет. Контакт посредством мимики, жестов, письма. За время госпитализации отмечена положительная динамика в восстановлении двигательной функции, улучшение функции глотания и появления эмоциональных реакций, ситуационно-обусловленные: смех, злость, попытки фонации. Грубый спастический тетрапарез с пирамидными знаками, формированием мышечных контрактур в лучезапястных, голеностопных суставах.

Двигательный режим: вертикализирован в кресле, на вертикализаторном столе, продолжают реабилитационно-восстановительные мероприятия: ФТЛ курсами, ЛФК, механо-, кинезиотерапия, занятия с логопедом. Нагрузку переносит удовлетворительно.

#### **Проводимое лечение:**

- 1. С целью восстановления функции глотания:** ежедневные индивидуальные занятия с логопедом, ручной массаж ротовой полости, языка и лица, использование аппарата VocaStim, артикуляционная гимнастика.
- 2. С целью восстановления когнитивных функций:** ежедневные индивидуальные занятия с клиническим психологом (занятие – 40 минут).
- 3. Восстановление двигательной функции:** вертикализация на поворотном столе, занятия на аппарате «Мотомед», индивидуальная кинезиотерапия, вертикализатор-имитатор шаговой функции GTI, ЛФК.
- 4. Физиотерапевтическое лечение, нормализация мышечного тонуса конечностей:** ручной массаж конечностей, ручной массаж вдоль позвоночника.
- 5. Физиотерапевтическое лечение, улучшение кровообращения:** лазеротерапия вдоль позвоночника, сухая гидромассажная кушетка.
- 6. Физиотерапевтическое лечение, улучшение кровообращения головного мозга:** гипербарическая оксигенация.
- 7. Физиотерапевтическое лечение, улучшение дренажной функции лёгких:** занятия на аппарате «BodyDrain», «LimfaVision», ручной массаж грудной клетки.
- 8. Физиотерапия, профилактика развития контрактур:** ультрафонофорез.
- 9. Фармакотерапия, нормализация мышечного тонуса конечностей:** ботулинотерапия.
- 10. Индивидуальная фармакотерапия, при необходимости – антибактериальная терапия.**
- 9. Динамический контроль лабораторных показателей** (общий, биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи).
- 10. Динамический инструментальный контроль:** ЭКГ – оценка работы сердца, УЗИ вен нижних конечностей – оценка безопасности проведения реабилитационных мероприятий, МСКТ легких (динамика), УЗИ мочевого пузыря, остаточной мочи, ЭЭГ (динамика).
- 11. Динамическое наблюдения специалистов:** консультация уролога (хронический орхоэпидидимит).



**12. Нутритивная поддержка** – Нутридринк компакт протеин, внутрь, ежедневно x 6 раз в день, длительно.

**13. Прием медикаментозной терапии**

- Клоназепам 0,002 мг, по табл. утром, табл. вечером постоянно;
- Сирдалуд 2 мг по 2 табл. X 3 раза в день постоянно;
- Акатинол мемантин 20 мг по 1 табл. в день постоянно;
- ТТС «Экселон» 13,3 мг/сут постоянно один пластырь ежесуточно;
- Клексан 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл постоянно ежедневно п/к по одной инъекции.

**Рекомендации:**

Пациенту показан курс реабилитационно-восстановительного лечения в условиях стационара, сроком не менее двух месяцев, в прежнем объеме с целью решения следующих задач:

1. Улучшение функции глотания и речи.
2. Улучшение функционального состояния когнитивной и психической сферы.
3. Восстановление двигательной функции и объема движений. Увеличение объема двигательной активности.
4. Протекция дыхательной функции после перенесенных пневмоний.

Продолжить прием медикаментозной терапии:

- Клоназепам 0,002 мг, по табл. утром, табл. вечером постоянно;
- Сирдалуд 2 мг по 2 табл. X 3 раза в день постоянно;
- Акатинол мемантин 20 мг по 1 табл. в день постоянно;
- ТТС «Экселон» 13,3 мг/сут постоянно один пластырь ежесуточно;
- Клексан 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл постоянно ежедневно п/к по одной инъекции.

Исход заболевания: выписан с улучшением.

Лист временной нетрудоспособности: не требуется.

Зам. гл. врача по терапии

Врио зав. неврологическим отделением  
для лечения больных с ОНМК, лечащий  
врач

Врач-ординатор



Паринов О.В.,

Шибеева Е.А.

Тихонова О.А.