

25.05.15 18.00

Переводной эпикриз

Больной 2-е сутки после ДТП.

Состояние тяжелое.

Медикаментозная седация (инфузия тиопентала)

Кожные покровы бледные, теплые, умеренной влажности. Кисти рук, стопы пастозны. T 37,0 C. Проводится физическое охлаждение.

ИВЛ в режиме SIMV/VC, ДО - 550 мл, МОВ - 8,0 л/мин, FiO2-0,5, PEEP + 5 см. вод. ст.. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон. На момент осмотра хрипов нет.

Гемодинамика стабильная, АД 125/60 мм рт. ст., ЧСС 93 /мин. Постоянное мониторное наблюдение. ЭКГ: синусовая тахикардия.

Живот мягкий, без реакции со стороны больной. Перистальтика выслушивается.

Питание энтеральное через зонд.

Мочевыделение по катетеру.

24.05.15 КТ головного головного мозга: отек головного мозга. Ушибы лобных долей, левой височных долей. КТ картина не исключает ДАП. Гемовентрикулит.

24.05.15 КТ грудной клетки: контузия нижних долей обеих легких. Нельзя исключить Th7.

24.05.15 КТ брюшной полости: без патологии.

25.05.15 УЗИ брюшной полости свободная жидкость в брюшной и плевральных полостях не определяется.

Лабораторно: гемоглобин - 131 г/л, эритроциты - 3.8млн., лейкоциты 14.52x109/л (п/я 2,19%, с/я - 79,67%, л-18,14%), сахар 6.1ммоль/л, креатинин - 77.2ммоль/л, мочевины 5.4 билирубин 42.9мкмоль/л, общий белок 74.4г/л, калий 4.15ммоль/л, натрий плазмы - 138.1 ммоль/л.

Группа крови АВ(4)четвертая, резус-фактор обнаружен.

Общий ан.мочи: bil-нет, ubg-норм, ket-1mg/dl (+), asc- 40 mg/dl (2+), глюкоза -норм, белок 100 mg/dl (2+), эритроциты 300 Ery/ml (3+), pH 5, лейкоциты- (2+), относительная плотность 1,015

Диагноз: Политравма: Тяжелая черепно-мозговая травма. Ушибы лобных долей, левой височной . ДАП. Гемовентрикулит. Закрытая травма грудной клетки: ушиб легких. Ушиб правой почки. Осаднение кожных покровов верхних и нижних конечностей. Травматический шок 2 степени.

25.05.15 19⁴⁵ Дежурный врач травматолог
Бурдасов Э В - 8
Мамонтов В В - 8
Зав. СРО: Митрофанов В В

AC - 1cm
- 710 + ACE 3000 Med. 1.5ml
1.5ml 0.3.14 C 143
1/20 0.17 2/10 04.14

11.11.15 Смирнов А.А.
102-1-1000



«НИИ нейрохирургии
им. акад. Н.Н. Бурденко»

Чуков Евгений Андреевич

Отделение: **9-е**

№ иб **2624/15**

Возраст: **19 (12.01.1996)**

Выписной эпикриз

Дата поступления в стационар: **25.05.2015**

Дата выписки: **31.07.2015**

Проведено дней: **67**

Больничный(е) лист(ы):

Анамнез:

Рост и развитие без особенностей, не работает

По данным представленной документации - получил травму в ДТП 24.5.15 (сидел между задними сиденьями в легковом автомобиле). В тяжелом состоянии в тот же день был госпитализирован в ГКБ г. Подольска. При поступлении выполнено КТ - признаки тяжелого диффузного аксонального повреждения, очаги ушиба II-III вида в лобных долях, левой височной доле, внутрижелудочковое кровоизлияние. При дообследовании выявлены ушибы нижних долей обоих легких. Выполнена при поступлении ПХО раны лобной области и профилактика столбняка. Находился в отделении реанимации и интенсивной терапии. После выездной консультации специалиста ИНХ 25.5.15 переведен в отделение реанимации ИНХ

Клиническая картина заболевания:

Неврологический статус: При поступлении - детальная оценка неврологического статуса затруднена в связи с медикаментозной седацией. Зрачки узкие, равновеликие. На болевой стимул - сгибание в конечностях. Мышечный тонус в конечностях снижен.

Соматический статус: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы нормальной окраски. ИВЛ через интубационную трубку. Аускультативно дыхание проводится с двух сторон, хрипов нет. Гемодинамика стабильная без прессорной поддержки. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика сохранена. Кормление зондовое. Мочеиспускание по уретральному катетеру.

Местно - множественные ссадины и ушибленно-рваные раны правой щеки области, правой ушной раковины, ушная рана в лобной области справа. Правое предплечье фиксировано гипсовой лонгетой

Компьютерная томография от: 25.05.2015 На КТ головного мозга определяются признаки геморрагических очагов ДАП в области левого таламуса и лобных долей. Внутрижелудочковое кровоизлияние. Желудочковая система сужена. Кровь в межжелудочковой цистерне. Охватывающая цистерна неравномерно сужена. Срединные структуры не смещены.

После поступления пациент оставался в отделении реанимации. Проводилась интенсивная терапия, отмечались эпизоды нестабильной гемодинамики, стойкой внутричерепной гипертензии на фоне системной воспалительной реакции, требовавшие пресорной поддержки, проводился инвазивный мониторинг ВЧД, гемофильтрация.

В дальнейшем состояние пациента стабилизировалось и на 17 сутки после травмы отмечен выход в вегетативное состояние. Пирамидный тетрапарез с повышением тонуса в разгибателях и высокими рефlekсами. Стволовая симптоматика с уровня среднего мозга. 22.6.15 проведена консультация зав. отделением гнойной травматологии ГКБ им. С.П. Боткина Подкосова О.Д. 4 недели с момента травмы. Операция по поводу скелетной травмы откладывалась в связи с тяжелым состоянием пациента. В настоящее время общее состояние с положительной динамикой, клинически и рентгенологически - неудовлетворительное положение отломков нижней трети правой лучевой кости, вывих головки локтевой кости, отсутствие признаков консолидации.

Учитывая вышеизложенное, показано оперативное лечение в объеме открытой репозиции и остеосинтеза в плановом порядке.

Ход лечения:

После поступления пациент оставался в отделении реанимации. Проводилась интенсивная терапия, отмечались эпизоды нестабильной гемодинамики, стойкой внутричерепной гипертензии на фоне системной воспалительной реакции, требовавшие пресорной поддержки, проводился инвазивный мониторинг ВЧД, гемофильтрация. В дальнейшем состояние пациента стабилизировалось и на 17 сутки после травмы отмечен выход в вегетативное состояние, очаговая симптоматика представлена пирамидным тетрапарезом с повышением тонуса в разгибателях и высокими рефlekсами, стволовой симптоматикой с уровня среднего мозга. 22.6.15 проведена консультация зав. отделением гнойной травматологии ГКБ им. С.П. Боткина Подкосова О.Д. 4 недели с момента травмы. Операция по поводу скелетной травмы откладывалась в связи с тяжелым состоянием пациента. В настоящее время общее состояние с положительной динамикой, клинически и рентгенологически - неудовлетворительное положение отломков нижней трети правой лучевой кости, вывих головки локтевой кости, отсутствие признаков консолидации.

09.07.15 пациент оперирован, проведен остеосинтез правой лучевой кости, установка аппарата внеочагового остеосинтеза. Послеоперационный период протекает без осложнений. На рентгенограммах (10.07.15) лучезапястного сустава и костей предплечья определяется фиксированная стабилизирующая система. Определяется установленная пластина в проекции дистального диафиза лучевой кости, без признаков смещения отломков. В неврологическом статусе состояние оставалось стабильным. Уровень сознания соответствует акинетическому мутизму, сохраняется пирамидный тетрапарез с высоким мышечным тонусом. На КТ головного мозга от 14.07.15 - На аксиальных СКТ головного мозга в правой лобной области отмечается гиподенсный участок с небольшим гиперденсным включением, небольшой костный дефект в данной области. На фоне многочисленных артефактов от движения головы убедительных данных за иные участки патологической плотности

Желудочковая система не расширена, не смещена, симметрична. Охватывающая цистерна прослеживается. Сохраняются бульбарные нарушения (дыхание через трахеостому, кормление зондовое). В соматическом статусе - состояние в целом стабильное, отмечается субфебрилитет (в посевах из мочи и трахеи выявлена панрезистентная *Pseudomonas aeruginosa*).

В неврологическом статусе на 22.07.15 - лежит на спине в приданной позе, голова повернута влево, руки вытянуты вдоль туловища, правая рука фиксирована аппаратом Илизарова, глаза открыты, следит за предметами в поле зрения. На обращение может (не всегда) может оживиться, поднять голову. На некоторые реплики создается впечатление, что кивает или мотает головой и даже утвердительно прикрывает глаза. Больше оживляется на обращение любимой девушки, чаще смотрит на нее, чем на других людей в палате (среди которых - и врач, и мама, и еще одна родственница). Периодически - спонтанная оральная активность. Взор неустойчив, но может остановить его на том, кто к нему обращается, перевести его вслед за чьим-нибудь перемещением. При обсуждении его вкусовых пристрастий (сгущенка, пельмени с майонезом, которые мать предложила дать одновременно) было изменение мимики наподобие улыбки. Инструкции не выполняет. Периодически спонтанные повороты головы. Глазные щели равны, сходящееся косоглазие за счет левого глаза, левый глаз расположен ниже правого, зрачки средних размеров, правый округлой, левый - неправильной формы, ф/р живые, корнеальные рефлексы живые, рефлекторный взор вверх выражено ограничен с двух сторон. На боль активная мимическая реакция без явной асимметрии. Выраженный тризм с оральными автоматизмами, гиперсаливация. Сухожильные рефлексы с левой руки высокие (на правой руке фиксирующий аппарат), с ног высокие D>S, периодически тремор правых конечностей, клonusы стоп, рефлекс Бабинского отсутствует. Мышечный тонус умеренно повышен в разгибателях левой руки, в ногах не изменен. Состояние расценивается как акинетический мутизм с эмоциональными реакциями

ВИЧ - отр., Сифилис - отр., гепатит В - отр., гепатит С - отр.

Верифицированный диагноз:

Тяжелая закрытая сочетанная черепно-мозговая травма (тяжелое диффузное аксональное повреждение, очаги ушиба II-III вида в лобных долях, левой височной доле, внутрижелудочковое кровоизлияние, закрытая травма грудной клетки (ушиб легких), тупая травма живота (ушиб правой почки). Перелом правой локтевой кости. Множественные ссадины кожных покровов лобной области справа, ушибленно-рваные раны щечной области справа, ушибленно-рваная рана правой ушной раковины. Состояние после ПХО раны лобной области (23.05.15), установки паренхиматозного датчика ВЧД справа (25.05.15), открытой репозиции, остеосинтеза перелома правой лучевой кости пластиной, фиксации аппаратом Илизарова (09.07.15), снятия аппарата Илизарова (30.07.15).

Заключение и рекомендации:

В связи со стабилизацией состояния, отсутствием показаний к дальнейшему нейрохирургическому лечению пациенту показано продолжение восстановительного лечения в условиях многопрофильного реабилитационного центра. Рекомендовано:

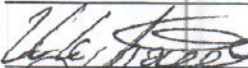
- 1) Рентгенография правого предплечья и кисти в двух проекциях через 3 мес после выписки
- 2) Наком, 250 мг, по 1\2 таб утром и вечером перорально длительно
- 3) Сорбифер, 100 мг утром и вечером перорально в течение 14 дней
- 4) Фенибут, 250 мг, по 1\2 таб утром, днем и вечером в течение 60 дней
- 5) Нооклерин, 5 мл утром, днем и вечером перорально в течение 30 дней
- 6) Контрольная КТ головного мозга через 3 мес
- 7) Нейронтин, 300 мг утром, днем и вечером перорально в течение 3-х мес
- 8) Обильное питье с добавлением клюквенного или брусничного сока



Лечащий врач

 к.м.н. Охлопков В.А.

Врач

 Шурхай В.А.

Невролог

 Александрова Е.В.

Заведующий отделением

 (проф., д.м.н. Кравчук А.Д.)

31.07.2015

125047, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16
Факс: (499) 250-93-51 E-mail: info@nsi.ru
http://www.nsi.ru

Дирекция (499) 251-6526
Бухгалтерия (499) 251-8666
Канцелярия (499) 251-6304



ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Отделение:	НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Ф.И.О. больного:	ЧУКОВ ЕВГЕНИЙ АНДРЕЕВИЧ Дата рождения 12.01.1996 (19 лет)
№ Истории болезни:	14742
Тип госпитализации:	Договор
Домашний адрес:	Московская обл., Чеховский р-н., с. Молоди, ул. Магистральная, д.93 Телефон: 8 917 565 95 15 МАТЬ 8 968 655 17 99 РОД.
Дата госпитализации:	31.07.2015
Дата выписки:	28.08.2015

Диагноз:

T06.8

Основное заболевание:

Тяжелая сочетанная травма Черепно-мозговая диффузное аксональное повреждение, очаги ушиба 2 -3 вида в лобных долях, левой височной доле, внутрижелудочковое кровоизлияние. Закрытая травма грудной клетки (ушиб легких), тупая травма живота (ушиб правой почки). Перелом правой локтевой кости. Множественные ссадины кожных покровов лобной области справа, ушибленно-рваные раны щечной области справа, ушибленно-рваная рана правой ушной раковины. Первичная хирургическая обработка раны лобной области 25.05.15, установка паренхиматозного датчика ВЧД справа 25.05.15, открытая репозиция, остеосинтез перелома правой лучевой кости пластиной, фиксация аппаратом Илизарова 09.07.15. Снятие аппарата Илизарова 30.07.15.

Жалобы:

не предъявляет

Анамнез болезни

24.05.2015 ДТП. Поступил из НИИ нейрохирургии Бурденко, где находился с 25.05.15 по 31.07.15 с диагнозом Тяжелая сочетанная травма Черепно-мозговая диффузное аксональное повреждение, очаги ушиба 2 -3 вида в лобных долях, левой височной доле, внутрижелудочковое кровоизлияние. Закрытая травма грудной клетки (ушиб легких), тупая травма живота (ушиб правой почки). Перелом правой локтевой кости. Множественные ссадины кожных покровов лобной области справа, ушибленно-рваные раны щечной области справа, ушибленно-рваная рана правой ушной раковины. Первичная хирургическая обработка раны лобной области 25.05.15, установка паренхиматозного датчика ВЧД справа 25.05.15, открытая репозиция, остеосинтез перелома правой лучевой кости пластиной, фиксация аппаратом Илизарова 09.07.15. Снятие аппарата Илизарова 30.07.15.

Экспертный анамнез нетрудоспособности:

не работает

Болен с: 24.05.2015

Объективный статус

Состояние больного тяжелое . Температура тела утром 37,0 Кожные покровы бледные.

Питание пониженное. Лимфатические узлы не увеличены. Периферические отеки нет Легкие: дыхание жесткое. хрипы нет

Сердце: Тоны ясные. Ритм правильный. АД на правом плече D 125 / 78 мм.рт.ст ЧСС 92

Язык чистый. Живот мягкий. Печень не увеличена. Мочеиспускание по катетеру.

Неврологический статус вегетативное состояние. Менингеальные симптомы нет Черепно-мозговые нервы 3,4,6 пары зрачки равные реакция зрачков на свет нормальная

косоглазие сходящееся, слева 9,10 пара глоточный рефлекс сохранен, подвижность мягкого неба сохранена, 11 пара повороты головы ограничены 12 пара Язык по средней линии

Двигательная сфера: парезы в конечностях есть спастический тетрапарез Мышечный тонус спастический, в руке, в ноге, слева, справа

Сухожильные рефлексы с рук карпорадиальный, с двуглавой мышцы, с трехглавой мышцы, оживлен.

Коленный оживлен Ахиллов оживлен

Патологические знаки нет Клонус есть, слева, справа, стопы Ограничение движения в суставах: есть в лучезапястных, голеностопных

Тазовые функции не контролирует трофические нарушения кожи Контрактуры в лучезапястных, голеностопных суставах.

Данные лабораторных исследований

31.07.2015: Креатинин - 62 мкмоль/л

Общий (клинический) анализ крови: 31.07.2015, СОЭ по Вестергрену - 10 мм/час Лейкоциты - $5.7 \cdot 10^9/\text{л}$

Эритроциты - $4.39 \cdot 10^{12}/\text{л}$ Гемоглобин - 13.6 г/дл Гематокрит - 39.0 % Тромбоциты - $233 \cdot 10^9/\text{л}$

Анализ мочи общий: 31.07.2015, Цвет - Соломенно-желтый Прозрачность - Неполная Отн. плотность - 1013 мг/мл рН - 6.5 Белок - Не обнаруж. г/л Глюкоза - Не обнаруж. ммоль/л Кет - Не обнаруж. ммоль/л

Уробилиноиды - 3.2 мкмоль/л Билирубин - Не обнаруж. Нит.бактерии - Обнаруж. Эпителий - Единичный

Лейкоц. - 0-3-5 в п/зр в п/зр Эритроциты - 5-10-15 в п/зр в п/зр Цилиндры - Не обнаруж. в п/зр Слизь - Не обнаруж. Соли - Не обнаруж.

26.08.2015: СРБ - 0.70 - Норма мг/л

26.08.2015: Лейкоциты - $6.6 \cdot 10^9/\text{л}$

26.08.2015: Гемоглобин - 13.4 г/дл

26.08.2015, Анализ мочи общий: Цвет - Желтый Прозрачность - Полная Отн. плотность - 1010 мг/мл рН - 7.0

Белок - Не обнаруж. г/л Глюкоза - Не обнаруж. ммоль/л Кет - Не обнаруж. ммоль/л Уробилиноиды - 3.2

мкмоль/л Билирубин - Не обнаруж. Нит.бактерии - Не обнаруж. Эпителий - Единичный Лейкоц. - 0-3-5 в

п/зр в п/зр Эритроциты - Не обнаруж. в п/зр Цилиндры - Не обнаруж. в п/зр Слизь - Не обнаруж. Соли - Не обнаруж.

Данные инструментальных исследований

УЗИ почек и надпочечников, 12.08.2015: На момент осмотра расширения ЧЛС почек не выявлено.

УЗДС вен нижних конечностей, 03.08.2015: 1.Данных за нарушение проходимости глубоких и поверхностных вен не обнаружено.

Бронхоскопия санационная, 25.08.2015: картина диффузного двустороннего бронхита 1 степени интенсивности воспаления. Санация.

КТ головного мозга, 20.08.2015: На серии компьютерных томограмм получено изображение суб- и супратенториальных структур головного мозга. В лобной кости справа фрезевое отверстие диаметром до 15мм. В лобной доле справа, соответственно костному дефекту отмечается участок сниженной плотности вытянутой формы 21x1мм. На остальном протяжении: Срединные структуры не смещены. Признаков объёмной компрессии не выявлено. Желудочковая система не расширена. Боковые желудочки мозга симметричны, незначительно расширены. Цистернальные пространства не деформированы, не расширены. Борозды коры головного мозга среднего калибра, субарахноидальные щели не расширены. Турецкое седло не расширено, костные ориентиры его сохранены. Содержимое задней черепной ямки не изменено. Костных деструктивных изменений не выявлено. Пневматизация лобных, основной, верхнечелюстных (верхние отделы) пазух и клеток решетчатого лабиринта не нарушена. В ячейках сосцевидного отростка справа отмечается наличие жидкостного содержимого (уровни). Пирамиды височных костей обычно расположены, симметричны, контуры четкие, ровные, структура их не изменена. Внутренние слуховые проходы симметричны, не сужены. Структуры среднего уха дифференцированы, улитка и полукружные каналы - без особенностей. Наружные слуховые проходы симметричны, обычного диаметра, контуры их четкие, ровные, просвет свободен. Барабанная перепонка без особенностей. Заключение: Состояние после ЗЧМТ. В лобной кости постоперационные изменения. Незначительный участок сниженной плотности в лобной доле справа (последствия ушиба ГМ). Геморрагического содержимого не выявлено. Признаки мастоидита справа. Сравнение с исследованием надиске произвести не удалось (не читается, не импортируется в E- film).

Рентгенография локтевой кости и лучевой кости, 20.08.2015: На R-грамме костей правого предплечья: Состояние после металлостеосинтеза по поводу перелома тетрадиафиза лучевой кости. Фиксация пластиной и винтами. Стояние отломков удовлетворительное. Линия перелома прослеживается. В средней трети локтевой и лучевой кости визуализируются линейные просветления(состояние после фиксации аппаратом Илизарова).

Особенности течения заболевания

На фоне начала проведения реабилитационных мероприятий отмечалось развитие диэнцефального криза, что потребовало перевода пациента в ОРИТ для проведения нейроаналгезии фентанилом с дексдором, проведения ИВЛ в течение двух суток. По стабилизации состояния продолжились мероприятия ранней активизации.

За весь период наблюдения отмечалось большое количество слизисто-гноной мокроты при санации, лихорадка, что потребовало назначения антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры.

Проводившееся лечение

антибактериальная (меронем 1 гр*3р.д., зивокс 600 мг 2 раза в день), противоязвенная (омез 20 мг*2р.д.), кардиотропная (анаприлин 20 мг*3р.д.), антикоагулянтная (клексан 0,4*1р.д.), нейротропная (прегабалин 75 мг 3 р.д., мелаксен 3 мг 1 р.д., клоназепам 0.5 мг 2 р.д., сирдалуд 2 мг 3 р.д., ПК мерц 50мг 2 р.д.), инфузионнокорриг. терапия, профилактика пролежней (противопролежневый матрас, повороты в постели каждые 3 часа, обработка кожи протекторными кремами).

Продолжается реабилитационная программа (массаж верхних и нижних конечностей, ортезирование, занятия на механотренажерах, вертикализация, занятия с логопедом).

Результаты лечения

Лучше сидит с фиксацией в прикроватном кресле. Гиперкинезы не наблюдаются, увеличился объем движений в суставах, уменьшился мышечный тонус.

Рекомендации по дальнейшему лечению

1. Продолжить кардиотропная (анаприлин 20 мг*3р.д.), антикоагулянтная (клексан 0,4*1р.д.), нейротропная (прегабалин 75 мг 3 р.д., мелаксен 3 мг 1 р.д., клоназепам 0.5 мг 2 р.д., сирдалуд 2 мг 3 р.д., ПК мерц 50мг 2 р.д.), антибактериальная зивокс 600 мг 2 раза в день.

2. Реабилитационные мероприятия

Нуждается

В постоянном постороннем уходе,

Направлении на МСЭК для установления группы инвалидности.

Исход с улучшением

заболевания:

Подписи

Лечащий врач:

Зав. отделением:



/ТИТОВА Е.Ю./

/Цветков Д.С. /

Дата: 28.08.2015

Дата:

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Эпикриз

Код ИБ 16694 ЧУКОВ ЕВГЕНИЙ АНДРЕЕВИЧ Дата рождения **12.01.1996**
Отделение НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Дата: 10.09.2015

Ф.И.О. больного: ЧУКОВ ЕВГЕНИЙ АНДРЕЕВИЧ

Дата рождения: 12.01.1996 (19 лет)

Дата госпитализации: 28.08.2015

Длительность пребывания в стационаре 14-й

Лечащий врач: ТИТОВА Е.Ю.

Жалобы на данный момент: не предъявляет

Анамнез заболевания: 24.05.2015 ДТП. Поступил из НИИ нейроиургии Бурденко, где находился с 25.05.15 по 31.07.15 с диагнозом Тяжелая сочетанная травма Черепно-мозговая диффузное аксональное повреждение, очаги ушиба 2 -3 вида в лобных долях, левой височной доле, внутрижелудочковое кровоизлияние. Закрытая травма грудной клетки (ушиб легких), тупая травма живота (ушиб правой почки). Перелом правой локтевой кости. Множественные ссадины кожных покровов лобной области справа, ушибленно-рваные раны щечной области справа, ушибленно-рваная рана правой ушной раковины. Первичная хирургическая обработка раны лобной области 25.05.15, установка паренхиматозного датчика ВЧД справа 25.05.15, открытая репозиция, остеосинтез перелома правой лучевой кости пластиной, фиксация аппаратом Илизарова 09.07.15. Снятие аппарата Илизарова 30.07.15.

Оценка общего состояния больного: тяжелое

Объективный статус: Температура тела нормотермия. Кожные покровы бледные. Питание пониженное. Лимфатические узлы не увеличены. Периферические отеки нет. Дыхание жесткое, хрипы нет. Тоны сердца ясные. Ритм правильный. АД на правом плече 109 / 78 мм.рт.ст ЧСС 77. Язык чистый. Живот мягкий. Печень не увеличена. Мочеиспускание по катетеру.

Неврологический статус: вегетативное состояние. Взор не фиксирует, Менингеальные симптомы нет. Зрачки равные, реакция зрачков на свет нормальная. Косоглазие сходящееся, слева. Глоточный рефлекс сохранен, подвижность мягкого неба сохранена. Повороты головы ограничены. Язык в полости рта. Спастический тетрапарез. Спастический мышечный тонус в руках и ногах, с двух сторон. Сухожильные рефлексы с рук карпорадиальный, с двуглавой мышцы, с трехглавой мышцы, оживлен. Коленный оживлен. Ахиллов оживлен. Патологических знаков нет. Клонус стоп с двух сторон. Ограничение движения в лучезапястных, голеностопных суставах. Тазовые функции не контролирует, трофические нарушения кожи. Контрактуры в лучезапястных, голеностопных суставах.

Оценка динамики данных клинико-лабораторных и диагностических исследований:

Бронхоскопия санационная, 04.09.2015: картина диффузного двустороннего бронхита 1 степени интенсивности воспаления.

КТ головного мозга, 31.08.2015: На серии компьютерных томограмм получено изображение суб- и супратенториальных структур головного мозга. В лобной кости справа фрезевое отверстие диаметром до 15мм. В лобной доле справа, соответственно костному дефекту сохраняется участок сниженной плотности вытянутой формы 21x11мм. На остальном протяжении: Срединные структуры не смещены. Признаков объемной компрессии не выявлено. Желудочковая система незначительно расширена. Боковые желудочки мозга симметричны, до 17 мм. 3-й до 12мм. Цистернальные пространства не деформированы, не расширены. Борозды

коры головного мозга среднего калибра, субарахноидальные щели незначительно расширены. Турецкое седло не расширено, костные ориентиры его сохранены. Содержимое задней черепной ямки не изменено. Костных деструктивных изменений не выявлено. Пневматизация лобных, основной, верхнечелюстных (верхние отделы) пазух и клеток решетчатого лабиринта не нарушена. В ячейках сосцевидного отростка справа сохраняется наличие жидкостного содержимого (уровни), слева - утолщение слизистой. Заключение: Сотрясение после ЗЧМТ. В лобной кости постоперационные изменения. Незначительный участок сниженной плотности в лобной доле справа (последствия ушиба ГМ). Геморрагического содержимого не выявлено. Признаки не резко выраженной смешанной гидроцефалии. Признаки мастоидита справа. При сравнении с исследованием от 20.08.15 - без существенной динамики.

Рентгенография мобильным аппаратом, 29.08.2015: На Р-грамме органов грудной клетки в прямой проекции от 29.08.15г. 11час.21мин. в положении "лежа", легкие расправлены. Дистальный конец ЦВК расположен слева, на уровне Th5; справа - на уровне Th4. Под левым куполом диафрагмы, в проекции желудка, визуализируется дистальный конец желудочного зонда. Над правым куполом диафрагмы, на уровне 3-межреберья, определяется полосовидная тень (фиброзный тяж). На остальном протяжении, легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок соответствует возрасту. Корни не расширены, структура прослеживается. Наружные синусы свободны. Диафрагма приподнята: справа - до переднего отрезка 3-го, слева - 4-го ребра. Тень средостения не смещена. Сердце и аорта без особенностей. Заключение: Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Рентгенография мобильным аппаратом, 07.09.2015: На R-грамме органов грудной клетки в прямой проекции 7. 09 .2015г. в 18ч 47 мин в положении "лёжа": Легкие расправлены, без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурные, не расширены. Диафрагма на уровне 3 ребра. Латеральные синусы свободные. Средостение срединно расположено. Справа тень ЦВК, конец на уровне Th8.

Клинический диагноз: T06.8

Основное заболевание:

Последствия тяжелой сочетанной травмы: черепно-мозговой травмы диффузного аксонального повреждения, очагов ушиба 2-3 вида в лобных долях, левой височной доле, внутрижелудочкового кровоизлияния. Персистирующее вегетативное состояние. Спастический тетрапарез. Стволовый синдром с глазодвигательными и бульбарными нарушениями. Трахеостомия. Дизэнцефальные кризы 14.08.15, 30.08.15. Перелом правой локтевой кости. Открытая репозиция, остеосинтез перелома правой лучевой кости пластиной, фиксация аппаратом Илизарова 09.07.15. Снятие аппарата Илизарова 30.07.15.

Проводившееся лечение: нейротропная (анаприлин 20 мг 4 р.д., прегабалин 75 мг 2 р.д., мелаксен 1 т на ночь, клоназепам 0,5 мг 2 р.д., ПК-мерц 250 мг 2 р.д., сирдалуд 2 мг 2 р.д., фентанил и дексдор в виде родленной в/в инфузии), антибактериальная (меронем 1,0 в/в 3 р.д.), противоязвенная (омез 40 мг 2 р.д.), инфузионно-корригирующая, ингаляционная (мирамистин 5 мл 4 р.д., сода 5% 4 мл 2 р.д.) терапия, пробиотики (бифиформ), нутритивная поддержка (нутрикомп 1500 мл, суппортан 500 мл в НГЗ). Профилактика пролежней (противопрележневый матрас, повороты в постели каждые 3 часа, обработка кожи протекторными кремами).

Нейрореабилитационная программа:

Массаж, ЛФК, занятия на механотренажерах, высаживание в прикроватное кресло на 3-4 часа с фиксацией, занятия с логопедом для восстановления глотания, логопедический массаж.

Оценка эффективности проводимого лечения: На фоне проводимого лечения состояние стабильно, вегетативных приступов не отмечалось. Гиперкинезы значительно уменьшились, мышечный тонус снизился.

Лейкоциты крови 5,0 СРБ 2,3 отмечается увеличение трансферрина с 2,0 от 04.09 до 2,2 от 11.09, альбумин 36

Подписи

Лечащий врач:

Зав. отделением:



/ТИТОВА Е.Ю./

Дата: 10.09.2015

/Цветков Д.С. /

Дата: