

государственное бюджетное учреждение
"Федеральный центр экстренной и радиационной
медицины имени А.М. Никифорова"
Министерства Российской Федерации по делам
гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям
и ликвидации последствий стихийных бедствий
(ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ
ИМЕНИ А.М.НИКИФОРОВА" МЧС РОССИИ
194044г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева д.4/2
т. (812)339-39-39, medicine@arcerm.spb.ru

Выписка из медицинской карты стационарного больного № 3714/С2019

Пациент Хурсинов Махмуд Эдуардович (24года) обследован и прошел лечение в клинике "ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова" МЧС России (Отделение клинической реабилитации) с 20.03.2019 по 16.04.2019 года.

Анамнез заболевания: со слов родственников и из предоставленной медицинской документации известно, что 29.09.2015 года попал в ДТП, бригадой ВСМП был госпитализирован в реанимационное отделение ЦРБ г. Нальчика с диагнозом: "СТ, ЗЧМТ, УГМ. Перелом нижней челюсти. Разрыв селезенки. Внутривнутрибрюшное кровоизлияние", где была выполнена спленэктомия, дренирование брюшной полости. Пациент находился на ИВЛ, 03.10 выполнена нижняя трахеостомия. 08.10 проведена иммобилизация нижней челюсти шинами Васильева, 17.10 выполнена троакарная цистостомия. На КТ ГМ выявлены переломы костей свода черепа, основания черепа, левой скуловой кости, верхней челюсти слева, двойной перлом тела нижней челюсти, внутримозговая гематома левой височной области, множественные очаги геморрагических ушибов обеих гемисфер, ствола мозга. 18.01.16 доставлен в РНХИ им. Поленова, прошел курс медикаментозного лечения (эпал, койкор, октолипен, аксамон, церебролизин, монофер, меронем, микосист, ванкомицин), дообследован: КТ ГМ - выраженная энцефалопатия, атрофические изменения коры ГМ; УЗИ вен н.к. признаков тромбоза не выявлено, ЭНМГ - аксональная полинейропатия критических состояний; МРТ ГМ - признаки отечно-глиозных изменений в лобно-височно-затылочных областях обеих гемисфер; рентгенограмма ОГК - гиповентиляция нижней доли правого легкого, жидкости в плевральных полостях нет, ПЭТ ГМ - гипометаболизм глюкозы. Поступил в ОКР ВЦЭРМ для прохождения курса реабилитационного лечения.

За время лечения был дообследован: был выявлен правосторонний гнойный эндобронхит, гепатит С, было проведено оперативное лечение протекания левого вертела 03.03.16 г, правого вертела и ушных раковин 05.04.16 года. Послеоперационное лечение осложнилось развитием двухсторонней очагово-сливной пневмонии. Проводилась массивная антибиотикотерапия, нейропротективная терапия, мероприятия по уходу. За время госпитализации состояние пациента оставалось стабильным. Резкое ухудшение состояния наступило вечером 05.05.16 года. В 25.10 родственниками в палату была вызвана постовая мед. сестра. На момент осмотра в палате: АД -160/100 мм рт.ст. пульс - 40 в минуту, дыхание по типу диспноэ. В палату был вызван деж. терапевт, деж. невролог, деж. реаниматолог, деж. кардиолог. В связи с тяжестью состояния, признаками отека мозга (анизокория, диффузная атония) пациент был экстренно переведен в нейро-реанимационное отделение, дообследован (по данным МСКТ ГМ - КТ-признаки диффузных изменений в обоих полушариях головного мозга с выраженным снижением плотности вещества мозга, смещением срединных структур вправо - выраженный масс-эффект, с признаками асимметричной внутренней гидроцефалии). Для дальнейшего лечения и обследования пациент переводится в нейрореанимационное отделение под наблюдение нейрохирурга.

При КТ головного мозга от 06.05.2016 выявлено смещение срединных структур головного мозга вправо на 15-18 мм. В стволе мозга определяется неоднородная гиподенсная зона. Признаки объемного образования левой гемисферы головного мозга более 100 см³ в объеме. Объемное образование было описано как субдуральный абсцесс (эмпиема) левой лобно-теменно-височной области. Экстренно по жизненным показаниям было проведено оперативное вмешательство - функциональное дренирование субдурального абсцесса левой лобно-теменно-височной области с установкой системы промывного дренирования. Система дренирования удалена 11.05.2016 года. С 06.05.2016 по 26.05.2016 года пациент находился на лечении в нейрореанимационном отделении, где проводилась антибиотикотерапия, нейрометаболическая терапия, мероприятия общего ухода, респираторная поддержка. С 24.05.16 пациент отлучен от ИВЛ. 26.05.2016 для дальнейшего лечения переведен в отделение реабилитационного лечения. 27.05. выполнена контрольная ФГДС - выявлена миграция гастростомической трубки, назначено УЗИ ОБП в палате - выявлена инфильтрация мягких тканей в области гастростомы, пациент был оставлен под наблюдение дежурной службы на выходные дни. На контрольном УЗИ ОБП от 29.05. отмечается положительная динамика (отсутствие инфильтрации мягких тканей, данных за перитонит не получено). Был выписан на амбулаторное лечение 28.06.16 года. Далее дважды проходил курсы реабилитации в ОКР ВЦЭРМ с 14.06.17 по 23.07.17 года и с 03.07.18 по 05.08.18 года. В плановом порядке госпитализируется в ОКР ВЦЭРМ для прохождения очередного курса реабилитационного лечения.

Диагноз основной: Последствия сочетанной травмы от 29.09.2015 года. ОЧМТ, УГМ тяжелой степени тяжести с формированием внутримозговой гематомы в левой височной доле, множественных контузионных очагов обеих гемисфер и ствола мозга, травматического САК. Посттравматическая энцефалопатия. Субдуральный абсцесс (эмпиема) левой лобно-теменно-височной области. Пункционное дренирование субдурального абсцесса левой лобно-теменно-височной области от 07.05.2016 года. Резорбтивная гидроцефалия. Установка вентрикуло-перитонеального шунта от 25.11.2016. Посттравматическая энцефалопатия в виде вегетативного состояния, тетрапареза, резорбтивной гидроцефалии.

Диагноз сопутствующий: Катаральный эндобронхит. Посттрахеостомический рубец в/3 трахеи. Спленэктомия от 29.09.2015 года. Эндоскопическая гастростомия от 19.02.2016 года. Миграция гастростомической трубки от 29.09.2015 года.

трубки. Установка гастростомической трубки от 22.03.2019 года. Пролежень крестцовой области. Пластика пролежня большого вертела слева от 03.03.16 года. Пластика пролежня большого вертела от 05.04.2016 года. Хронический гепатит С без биохимической активности. Нейрогенный мочевого пузыря.

Неврологический статус на момент выписки: Вегетативное состояние. Зрачки S>D, по средней линии. ФРЗ вялая, S>D. Зрачки по средней линии. Корнеальные рефлексы (+) с 2-х сторон, вялые. Вялый тетрапарез. Диффузная мышечная гипотония. Патологических стопных знаков нет. Клонусы с 2-х сторон. Ригидности затылочных мышц на момент осмотра нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Общеклинические исследования (забор: 21.03.19)

Клинический анализ мочи

Физико-химические свойства:

Цвет мочи	желтый		
Прозрачность	слабо-мутная		
Относительная плотность	1.018	(1.018 - 1.026)	
Реакция pH	6.0	(5.0 - 7.0)	кислая
Белок	<0.13	(0.00 - 0.13)	г/л
Глюкоза	0.00	(0.00 - 0.00)	ммоль/л
Кетоновые тела	отрицательный		
Билирубин	отрицательный		
Уробилиноген	отрицательный		

Микроскопия осадка мочи (мочевая станция):

Эритроциты	2	HPE	
Лейкоциты	14	HPE	
Бактерии	в умеренном количестве		
Эпителий плоский	<1	HPE	
Слизь	1		
Цилиндры:			
Цилиндры гиалиновые	2	HPE	(0 - 2)
HPE-поле высокого разрешения соответствует x40 микроскопу			

Общеклинические исследования (забор: 15.04.19)

Клинический анализ мочи

Физико-химические свойства:

Цвет мочи	желтый		
Прозрачность	прозрачная		
Относительная плотность	1.014 *	(1.016 - 1.026)	
Реакция pH	6.0	(5.0 - 7.0)	кислая
Белок	0.00	(0.00 - 0.13)	г/л
Глюкоза	0.00	(0.00 - 0.00)	ммоль/л
Кетоновые тела	отрицательный		
Билирубин	отрицательный		
Уробилиноген	отрицательный		

Микроскопия осадка мочи (мочевая станция):

Эритроциты	2	HPE	
Лейкоциты	1	HPE	
Эпителий плоский	<1	HPE	
Цилиндры:			
Цилиндры гиалиновые	1	HPE	(0 - 2)
HPE-поле высокого разрешения соответствует x40 микроскопу			

Гематологические исследования (забор: 21.03.19)

Клинический анализ крови полный (гематологический анализатор (5Diff), лейкоцитарная формула - микроскопия стандартизованного мазка, СОЭ по Вестергерну)

RBC Эритроциты	5.48	10 ¹² /л	(4.00 - 5.50)
HGB Гемоглобин	159	г/л	(130 - 170)
HCT Гематокрит	48.2 *	%	(40.0 - 48.0)
MCV Средний объем эритроцита	87.9	фл	(80.0 - 99.0)
MCH Среднее содержание Hb в эритроците	28.9	пг	(27.0 - 33.3)
MCHC Средняя монок. Hb в эритроците	328.9	г/л	(310.0 - 360.0)
RDW Индекс распр. эритроцитов по объ	13.9	%	(12.0 - 15.6)
emv			
PLT Тромбоциты	363	10 ⁹ /л	(180 - 320)
PCT Тромбоцит	0.354	%	(0.150 - 0.400)

MPV Средний объем тромбоцита	9.8	фл	(7.4 - 10.4)
WBC Лейкоциты	13.64*	10 ⁹ /л	(4.00 - 9.00)
СОЭ (По Вестергрэн)	21*	мм/час	(0 - 15)
Лейкоцитарная формула (микроскопия)			
П/я нейтрофилы	4.5	%	(1.0 - 5.0)
С/я нейтрофилы	56	%	(47 - 72)
Лимфоциты	31	%	(19 - 37)
Моноциты	5	%	(3 - 11)
Эозинофилы	2	%	(1 - 5)
Плазматические клетки	1.0*	%	(0.0 - 0.0)
Миелоциты	0.5*	%	(0.0 - 0.0)
Тип образца	Венозная кровь		

Гематологические исследования (забор: 27.03.19)

Клинический анализ крови полный (гематологический анализатор (SD10), лейкоцитарная формула - микроскопия стандартизованного мазка, СОЭ по Вестергрэн)

HGB Гемоглобин	155	г/л	(130 - 170)
HCT Гематокрит	47.6	%	(40.0 - 48.0)
MCV Средний объем эритроцита	88.9	фл	(80.0 - 99.0)
MCH Среднее содержание Hb в эритроците	28.9	пг	(27.0 - 35.3)
MCHC Средняя конц. Hb в эритроците	325.1	г/л	(310.0 - 360.0)
RDW Индекс распредел. эритроцитов по объ-ему	14.0	%	(12.0 - 16.0)
PLT Тромбоциты	339*	10 ⁹ /л	(180 - 320)
PCT Тромбокрит	0.333	%	(0.150 - 0.400)
MPV Средний объем тромбоцита	9.9	фл	(7.4 - 10.4)
WBC Лейкоциты	8.71	10 ⁹ /л	(4.00 - 9.00)
СОЭ (По Вестергрэн)	22*	мм/час	(0 - 15)

Лейкоцитарная формула (микроскопия)

П/я нейтрофилы	3.0	%	(1.0 - 5.0)
С/я нейтрофилы	42*	%	(47 - 72)
Лимфоциты	43*	%	(19 - 37)
Моноциты	6	%	(3 - 11)
Эозинофилы	5	%	(1 - 5)
Базофилы	1	%	(0 - 1)
Тип образца	Венозная кровь		

Микробиологические исследования (забор: 21.03.19)

Исследование мочи с выделением микрофлоры и определением чувствительности к антибиотикам

Исследуемый образец: Моча (Бактериолог. лаб.)
 Посев: количественный посев роста не дал
 Дата выполнения исследования: 23.03.2019

Биохимические исследования (забор: 25.03.19)

Электролиты			
Калий	5.1	ммоль/л	(3.5 - 5.1)
Натрий	136.6	ммоль/л	(136.0 - 146.0)
Хлориды	101	ммоль/л	(98 - 111)
Билирубин общий	12.2	мкмоль/л	(0.0 - 20.0)
Билирубин прямой	3.5*	мкмоль/л	(0.0 - 3.4)
Билирубин не прямой	8.7	мкмоль/л	(0.0 - 16.6)
C-реактивный белок	18.6*	мг/л	(<6.0)
Общий белок	73	г/л	(60 - 86)

Биохимические исследования (забор: 27.03.19)

C-реактивный белок	8.5*	мг/л	(<6.0)
--------------------	------	------	--------

Биохимические исследования (забор: 25.03.19)

Мочевина			
Креатинин	1.8*	ммоль/л	(2.4 - 8.2)
Креатинин	44*	мкмоль/л	(50 - 115)
Глюкоза	5.0	ммоль/л	(3.5 - 5.8)
АСТ	19	Е/л	(0 - 40)
АЛТ	23	Е/л	(0 - 50)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ:

Обзорная рентгенография органов брюшной полости / Парфенова И. В. / 08.04.19
 дата и время выполнения исследования : 08.04.2019 16:15:00

Средний гребень конуса ВНП расположен центрально в области тел боковых желудочков, с выходом в правый боковой желудочек.

Уменьшилась субдуральная гигрома справа в лобно-теменной области, max толщиной до 0,8 см (ранее 1,2 см), пластинчатая субдуральная гигрома слева толщиной до 0,4 см без динамики.

Сохраняются диффузные изменения ткани головного мозга и резкое снижение дифференцировки серого вещества, прежняя сглаженность конвекситальных борозд, прежние атрофические изменения больших полушарий мозжечка.

Срединные структуры не смещены. Цистерны основания мозга не компремированы.

Сохраняется прежнее выраженное расширение желудочковой системы головного мозга, без динамики гидроцефалии нет.

Прежние трепанационные дефекты в теменных костях с обеих сторон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ :

В сравнении с данными КТ от 04.07.2018 г. – уменьшение объема субдуральной гигromы справа в лобно-теменной области, в остальном данные прежние, нарастания гидроцефалии нет.

Эфф. доза: 1,3 мЗв.

Врач: /Крулёва Полина Алексеевна/

МСКТ челюстно-лицевой области / Крулева П. А. / 20.03.19

средний медицинский персонал: Ефимова Елена Николаевна

дата и время выполнения исследования : 20.03.2019 18:08:00

дата и время выполнения заключения : 21.03.2019 02:32:56

эффективная доза : расчетная 1,4 мЗв

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ : Область исследования: челюстно-лицевая область.

Время начала исследования: 18ч.08мин.

При МСКТ получены аксиальные изображения челюстно-лицевой области с толщиной 1,2 мм, реконструктивные многоплоскостные и 3D-изображения.

Определяются консолидированные переломы нижней челюсти, левой скуловой дуги, латеральной стенки правой гайморовой пазухи, пирамиды правой височной кости. Пирамиды височных костей пневматизированы.

Незначительно пристеночно утолщена слизистая оболочка вдоль латеральной стенки правой гайморовой пазухи. В остальном гайморовы, основная, решетчатая, лобные пазухи нормально пневматизированы.

Утолщена слизистая оболочка в правой части полости носа. Носовая перегородка искривлена влево до уровня верхнего носового гребня на высоте искривления.

Костно-деструктивных изменений на уровне исследования не выявлено.
Определяются дефекты коронок 37 зуба, 42 зуба (посттравматические изменения (?), кариес (?)),
отсутствие коронки 44 зуба, на его уровне – одиночный корень в альвеолярном отростке нижней челюсти.
Признаки ретинированного I4 зуба.

Видимых кистогранулём в области зубов нижней и верхней челюстей не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ : Консолидированные переломы нижней челюсти, левой скуловой дуги, латеральной стенки левой
гайморовой пазухи, пирамиды правой височной кости.

Незначительное пристеночное утолщение слизистой оболочки вдоль латеральной стенки правой гайморовой пазухи, в
остальном придаточные пазухи носа нормально пневматизированы. Искривление носовой перегородки влево.

Дефекты коронок 37 зуба, 42 зуба (посттравматические изменения (?), кариес (?)),
отсутствие коронки 44 зуба, на его уровне – одиночный корень в альвеолярном отростке нижней челюсти.

Эфф. доза: 1,4 мЗв.

Врач: /Крулёва Полина Алексеевна/.

Эзофагогастродуоденоскопия / Калоев А. Р. / 22.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Наложение пункционной эндоскопической гастростомы от 02.2016г. Миграция ГСТ наружу. Уста-
новка ГСТ. Хронический атрофический эрозивный гастрит.

Бронхоскопия / Калоев А. Р. / 22.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Катаральный эндобронхит. Посттравматический рубец в 3 трахеи. Салаяния.

Электрокардиография (в палате) / Демченко О. В. / 20.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Нормальный синусовый ритм

Нормальное положение электрической оси сердца

Неспецифические изменения процессов реполяризации верхушки, нижней и боковой стенок ЛЖ

При сравнении с ЭКГ от 03-ИЮЛ-2018. 14:48 ухудшение процессов реполяризации

Электрокардиография (в палате) / Климовцева М. А. / 27.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Нормальный синусовый ритм 75 в минуту

Вертикальное положение электрической оси сердца

Неспецифические изменения реполяризации диффузного характера.

Местные нарушения внутрижелудочкового проведения

При сравнении с ЭКГ от 20-МАР-2019 13:56.

небольшое ухудшение реполяризации в области верхушки

Эхокардиография / Азаркина Т. Н. / 02.04.19

Электроэнцефалография (ЭЭГ) / Соколова Н. А. / 22.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Интерпретация данных затруднена в связи с постоянной регистрацией ЭМГ на фоне гиперкинеза
(миоклонии) преимущественно на правой половине лица по частоте совпадают с потенциалами мышц, регистрируемых
на ЭЭГ, по амплитуде преобладающих в правом полушарии). Регистрируются грубые диффузные изменения биоэлек-
трической активности головного мозга. Ареактивность нейронов коры при проведении фотостимуляции. Очаговой,
пароксизмальной, специфической эпилептиформной активности не зарегистрировано. По сравнению с ЭЭГ от
04.07.18 - без существенной динамики.

КОНСУЛЬТАЦИИ:

Консультация нейрохирурга первично / Врач-нейрохирург: Паликовский А. А. / 23.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Описание: Последствия сочетанной травмы от 29.09.2015 года. ОЧМТ. УГМ тяжелой степени тяже-
сти с формированием внутримозговой гематомы в левой височной доле, множественных контузионных очагов обеих
гемисфер и ствола мозга, травматического САК. Посттравматическая энцефалопатия. Субдуральный абсцесс (эмпи-
ма) левой лобно-теменно-височной области. Пункционное дренирование субдурального абсцесса левой лобно-
теменно-височной области от 07.05.2016 года. Арезорбтивная гидроцефалия. Установка вентрикуло-перитонейального
шунта от 25.11.2016. Посттравматическая энцефалопатия в виде вегетативного состояния, тетрапарез, арезорбтивной
гидроцефалии. Рекомендации: Осмотр офтальмолога (глазное дно) с учетом наличия субдуральных гидром, проведе-
ние ГБО не рекомендуется, сопряжено с высоким риском прогрессирования. Рентгенография ОБП в прямой и боковой
проекции

Консультация физиотерапевта первично / Врач-физиотерапевт: Зуева А. Н. / 25.03.19

Рекомендовано: Физиопроцедуры: Магнитотерапия, 2-кан, №10 еж. Электрофорез лек. ср, №10 еж. Массаж общий, №10
еж.

Консультация челюстно-лицевого хирурга первично / Врач-челюстно-лицевой хирург: Федорова Ю. Н. /

27.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 42-корень зуба, 35,36-дефект пломбы. Бруксизм

Рекомендовано: Ношение каппы от бруксизма (изготовить индивидуальную, после консультации стоматолога, или купить готовую в спортивном магазине) Консультация анестезиолога для решения вопроса о возможности удаления зубов под эндотрахеальным наркозом в плановом порядке. Хирургическая санация под местной анестезией невозможна ввиду тяжести состояния пациента

Консультация врача лечебной физкультуры первично / Врач по лечебной физкультуре: Лещенко Н. А. /

20.03.19

Рекомендации: Роботизированная механотерапия с использованием аппарата Эриг № 10 9-00 229 каб ЛФК при заболеваниях ЦНС в палате № 10-11-00 Механотерапия № 10 15-30 225 каб

Консультация врача-стоматолога терапевта / Зав. отделением врач стоматолог-хирург: Сакун А. И. / 03.04.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Хронический периодонтит 36 Хронический пульпит 42. Частичное вторичное отсутствие зубов 3 кл. по Кеннеди.

Рекомендовано: 3D КТ полости рта без гайморовых пазух. Профессиональная гигиена полости рта: Терапевтическая санация полости рта: Хирургическая санация полости рта: Удаление 42, 36, или под наркозом или амбулаторно после консультации врача-стоматолога хирурга. Повторный осмотр с 3D КТ полости рта без гайморовых пазух.

Медико-логопедическое исследование при различных заболеваниях / Устинова Н. Ю. / 21.03.19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: интерпретация данных затруднена в связи с постоянной регистрацией ЭМГ на фоне гиперкинеза (миоклонии преимущественно на правой половине лица по частоте совпадают с потенциалы мышц, регистрируемых на ЭЭГ, по амплитуде преобладающих в правом полушарии). Регистрируются грубые диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Ареактивность нейронов коры при проведении фотостимуляции. Очаговой, пароксизмальной, специфической эпилептиформной активности не зарегистрировано. По сравнению с ЭЭГ от 04.07.18 - без существенной динамики. Бронхоскопия 22.03.19 Бронхоскоп проведен через нижний носовой ход. В полости носа, носоглотке и ротоглотке без воспалительной патологии. Грушевидные спусы свободны, надгортанник и черпаловидные хрящи не изменены. Голосовая щель треугольной формы, симметричная, голосовые складки бледные, подвижные, полностью смыкаются при кашле. Слизистая оболочка гортани розовая, гладкая, блестящая. Трахея свободно проходима. Просвет округлой формы, слизистая оболочка розовая, гладкая. Сразу ниже подскладочного пространства, по передней стенке трахеи, определяется белая рубцовая площадка, просвет не сужен, слизистая оболочка вокруг гиперемирована, определяются налеты фибрина. Мембранозная часть трахеи обычной подвижности. Карина острая. Слева и справа осмотрены бронхи до 4 порядка, просветы их не изменены. В просвете бронхов умеренное количество жидкой слизистой мокроты- аспирирована, слизистая оболочка очагово-гиперемирована, гладкая, не отечная. Заключение. Катаральный эндобронхит. Посттрахеостомический рубец в 3 трахеи. Санация. Осмотр и особенности контакта. Осмотрен в постели. Положение тела пассивное. Речевому контакту недоступен. Лежит с закрытыми глазами, правый глаз чуть приоткрыт, на обращение периодически направляет взгляд в сторону коммуниканта. При касании области носа, щек - отворачивается. Отмечается постоянное клоническое сокращение мышц области губ. Мышцы лица в покое симметричны. Полость рта: зубы есть, нижний зубной ряд неполный, язык в полости рта, чистый, влажный, с легкой девиацией влево. Слюнотечения при осмотре не наблюдается, пациент сплевывает слюну. Дыхание самостоятельное, в основном через естественные дыхательные пути, дефект после ТСТ не закрыт. Питание через гастростому. Речь. Экспрессивной речи нет. Признаков наличия импрессивной речи не выявлено. Инструкции не выполняет. Попыток речевой активности (в т. ч. паравербальными способами) не проявляет. Глотание. Полость рта влажная. Количество слюны в пределах нормы. Слюнотечения не наблюдается. Пациент сплевывает слюну, периодически слюна санируется или откашливается пациентом через открытое отверстие после ТСТ. При пальпации шеи во время сплевывания слюны движения гортани достаточные. При приеме воды - признаки пенетрации/аспирации. Пациенту предлагалось последовательно 3 ч.л. киселя. признаков пенетрации/аспирации не выявлено. Риск аспирации высокий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 1. Признаков наличия элементов речевой функции на момент осмотра не выявлено. 2. Двефазия. Риск аспирации высокий. Рекомендовано: 1. Многочасовая полисенсорная стимуляция, силами ухаживающих. 2. МЛН №10

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ: курс медикаментозной терапии, ЛФК, ФТЛ, ботулинотерапия жевательной мускулатуры (m.masseter, m. orbicularis oris, m.depressor anguli oris) препаратом «Ксеомин» в дозировке 100 ЕД.

Выписывается с улучшением состояния - в виде уменьшения выраженности тонуса жевательных мышц, нормализации лабораторных показателей.

Оценка по шкалам (при поступлении/выписке):

Бартел - 0/0 баллов.

Ривермид - 0/0 баллов.

Рэнкин - 5/5 баллов.

СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ: Инвалид I группы.

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Наблюдение неврологом, нейрохирургом, терапевтом по месту жительства.
2. Повторные курсы реабилитационного лечения и дообследования каждые 6 месяцев.
3. Для пребывания в домашних условиях требуется противопролежневый матрас, кресло-каталка с высокой спинкой (прогулочная - активная, комнатная), трехсекционная функциональная кровать, подушка на сидение кресла-коляски ортопедическая, доска для перемещения/пересаживания; доска для ванны; подгузники для взрослых, впитывающие пеленки; вертикализатор; тренажер для активных движений (Thera, Motomed).
4. Постоянное ежедневное занятие ЛФК, активная разработка движений в конечностях для профилактики оссификации, развития контрактур; высаживание в кресло, регулярный дренажный массаж грудной клетки, курсовое ФЛТ.
5. Ксарелто 10 мг: по 1 таб утром для профилактики венозных тромбозов, ношение компрессионного трикотажа на нижние конечности (можно заменить на Эликвис 2,5 мг по 1 таб 2 раза в день или Прадакса 110 мг по 1 таб 2 раза в день).
6. Клоназепам 2 мг: по 1/4 таб в 20.00, длительно (при повышении тонуса возможно увеличение дозировки на 1/4 таб в течении 2-3 дней).
7. Омес 20 мг: по 1 капс 2 раза в день, первые 10 дней каждого месяца (в течении всего времени приема антикоагулянтов).
8. Проведение инфузионной терапии курсами: Гептрал 400 мг на физ. р-ре в/в капельно № 10-20 на курс, Цитофлавин 10 мл на 5% р-ре глюкозы № 10-20 на курс, Берлитион (Тиогамма) 600 мг в/в капельно № 10-20 с последующим переходом на таблетированную форму по 600 мг утром натощак в течении 1 месяца, Элькар 5 мл на 100 мл физ. р-ра № 10 на курс, далее в сиропе - по 2,5 мл 2 раза в день в течении 1 месяца).

Транспортировка пациента может осуществляться железнодорожным транспортом, протополоказаний к транспортировке нет. Сопровождение будет осуществляться родственниками пациента.

Телефон врача для связи: 8-812-702-63-45 доб. 52-24.

Главный врач:

Зав. отделением:

Лечащий врач:

16.04.2019

Выписной эпикриз получил(а), С объемом проведенного обследования и лечения ознакомлен(а). Лечащим врачом мне подробно разъяснены рекомендации по дальнейшему лечению и возможные осложнения в случае их невыполнения.

Подпись пациента
(законного представителя)

дата