

Промежуточный эпикриз

Дата 24.10.2022

Врач Язева Елизавета Григорьевна

Пациент Соколова Елена Сергеевна, 11.07.1993 года рождения (27 лет)

Реабилитация с 17.10.2022.

№ истории болезни: 1137/2022

ДИАГНОЗ ПО МКБ 10

Основное заболевание: Постгипоксическая, метаболическая энцефалопатия от 17.11.2021.

Осложнения основного заболевания: Фармакорезистентная структурная фокальная эпилепсия.

Эпилептический статус от 30.12.2022, купирован от 31.01.2022. Супер-рефрактерный электрический эпилептический статус от 04.04.2022г, купирован тиопенталом натрия от 07.04.2022г. Арезорбтивная тетраентрикулярная гидроцефалия. Кровоизлияние в задний рог правого бокового желудочка.

Операция вентрикуло-перитонеальное шунтирование от 15.09.2022.

Сопутствующие заболевания: Полисегментарная пневмония. Трахеостомия. Гастростомия от 11.08.2022. Посттромбофлебитический синдром вен ног. Хронический вирусный гепатит С.

ЖАЛОБЫ

При поступлении: не предъявляет ввиду нарушения сознания.

АНАМНЕЗ

Болезни

В 27 недель беременности 12.10.2021 заболела COVID-19, 13.10.2021 госпитализирована (на КТ 10-15% поражения лёгких). С 13.10.21 по 11.12.21г пациентка находилась на стационарном лечении в родильном отделении ПМЦ РКБ с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция (подтвержденная). Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония. ОДН III. ОРДС тяжелой степени тяжести. ИВЛ (18 суток).

При КТ ОГК выявлены признаки двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, КТ-1. На фоне проводимой терапии (ГКС, антибиотики, оксигенотерапия, биологическая терапия (тоцилизумаб, артегия), состояние пациентки прогрессивно ухудшалось. До 20.10.2021 находилась на самостоятельном дыхании. 20.10.2021 введена «Акторма», отмечалось падение сатурации, переведена на ИВЛ. 03.11.21 произведена трахеотомия. 17.11.2021 выполнено экстренное Кесарево сечение (острая гипоксия плода?), возможно имели место судорожные приступы. Далее дважды проводилось выскабливание (мед. документация не предоставлена). 28.11.2021 - острая почечная недостаточность, в связи с чем было проведено несколько сеансов вено-венозной гемодиализации. Также известно, что неоднократно проводились гемотрансфузии, после которых у пациентки был диагностирован гемохроматоз, получала хелаторы железа.

11.12.2021 переведена в ФГБУ Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр в ОАиР. На фоне стационарного лечения в ОАиР СК ММЦ отмечалось улучшение показателей дыхания, стабильная гемодинамика, снижение маркеров воспалительного процесса, что позволило убрать седацию и начать активизацию пациентки. 25.12.2021 отмечалось улучшение самочувствия, пациентка была выведена из наркоза. С 27.12.21 пациентка вышла на ясное сознание, общалась с родственниками. Дыхание вспомогательное. Гемодинамика стабильная. 31.12.2021 ночью у пациентки на фоне стабильного состояния зарегистрирован билатеральный судорожный приступ. На фоне введения реланиума 8 мл дробно судороги купировались не полностью, переведена на ИВЛ, далее стали отмечаться подёргивания мышц верхних конечностей, туловища, подбородка. На КТ г.м. - без патологии. Назначен Леветирацетам 500 мг + Карбамазепин 300 мг + Вальпроевая кислота 500 мг, далее ввиду неэффективности дозы постепенно увеличивались. По заключению ЭЭГ от 10.01.2022 - «повышенная судорожная активность». 12.01.2022 пациентка была консультирована дистанционно д.м.н. профессором С.Г. Бурдом, диагноз: супер-рефрактерный эпилептический статус с миоклоническими приступами. Рекомендована отмена Карбамазепина, снижение дозы Леветирацетама до 2000 мг/сут., увеличение дозы Вальпроевой кислоты до 2000 мг/сут. На КТ г.м. от 12.01.2022 – признаки дисциркуляторной энцефалопатии. 20.01.2022 повторно консультирована д.м.н. профессором С.Г. Бурдом, с предоставлением видеосъёмки картины ЭЭГ: Состояние после ишемически - гипоксического повреждения головного мозга смешанного генеза с миоклоническими подергиваниями преимущественно в руках (пальцы) и мышц подбородка и губ (жевательные движения и причмокивания) (вероятно, подкоркового генеза после перенесенной COVID19 инфекции). Судорожный эпилептический статус от 30.12.2021, купированный 31.12.2021. Рекомендовано: Рисперидон 0,5 мг 2 раза в сутки, ПК-Мерц 500.0 в/в кап, постепенная отмена Леветирацетама, увеличение дозы Вальпроевой кислоты до 3000 мг/сут. На ЭЭГ от 25.01.2022 положительная динамика, однако сохранялись комплексы «острая-медленная волна». На МРТ г.м. от 25.01.2022: мелкоочаговая кистозно-глиозная трансформация вещества мозга левой лобной доли. Не исключаются билатеральные глиозные изменения островков и гиппокампов, возможно, как следствие перенесённого (лимбического?) энцефалита. Умеренно выраженная сообщающаяся внутренняя гидроцефалия. Кортикальная атрофия височных долей.

На ЭЭГ от 06.02.2022 (на фоне мед.седации) - эпилептиформной активности не выявлено. На ЭЭГ от 08.02.2022 - комплексы «острая-медленная волна» низкого индекса. На ЭЭГ от 25.02.2022 - эпилептиформной активности не выявлено. Тактика ведения пациентки неоднократно обсуждалась на консилиумах.

По данным неврологического статуса от 01.03.2022 - в динамике снижение мышечного тонуса, отсутствие миоклонических подёргиваний. 03.03.2022 отменён респиридон, продолжена Вальпроевая кислота 3000 мг/сут., Клоназепам 8 мг/сут., ПК-Мерц 100 мг x 3 раза/сут. На фоне отмены рисперидона 04.03.2022 отмечалось появление миоклонических подёргиваний пальцев рук, доза клоназепама увеличена до 10 мг/сут.

06.03.2022 возобновились миоклонические подёргивания в руках. Получала Клоназепам 12 мг/сут., Респиридон 4 мг/сут.

В марте 2022 несколько раз проводилась трансфузия СЗП в связи с гипокоагуляцией, а также переливание эритроцитарной взвеси.

09.03.2022 пациентка переведена в ОАиР ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России (где пациентка находилась по 17.06.). В конце марта – начале апреля также проводились гемотрансфузии СЗП и эритроцитарной

взвеси

При поступлении у пациентки отмечались явления гастростаза. С целью стимуляции моторики кишечника получала Прозерин, на фоне чего отмечено разрешение гастростаза. В анализах крови отмечалась гипермагниемия (4,81 ммоль/л). 23.04.2022 пациентке выполнен сеанс гемодиализа.

Трижды выполнялся ТАП-тест: Установка люмбального дренажа от 01.04.22г. (продолжительный ТАП тест), удален от 07.04.2022г., ТАП-тест 26.04.2022, 13.05.2022г, на фоне проведения - без существенной динамики в неврологическом статусе, миоклонии сохраняются прежней выраженности. Трижды выполнялась люмбальная пункция - цитоз 1 кл/мкл (повышение уровня лактата). Анализы на anti-NMDA, antiGAD, Вирусные инфекции (Эпштейн-Барр, герпес, цитомегаловирус) - отрицательно. В неврологическом статусе: уровень сознания - ареактивное бодрствование на фоне прекращения мед.седации или медикаментозная седация. Отмечаются постоянные миоклонии рук, туловища, подбородка, языка, купирующиеся только на фоне мед.седации. Пациентка получала ПЭП (вальпроевая кислота, леветирацетам, лакосамид, габапентин, клоназепам, топирамат, диазепам) - миоклонические подергивания прежней выраженности.

В период стационарного лечения отмечались фокальные моторные эпилептические приступы от 01.04.2022г. Повторный рефрактерный эпилептический статуса билатеральных судорожных приступов от 13.05.2022 с переходом в электрический эпилептический статус, купирован тиопенталом натрия от 14.05.2022. Получала противоэпилептическую терапию (в период стационарного лечения - вальпроевая кислота, леветирацетам, габапентин, клоназепам, лакосамид, перампанел). Пациентке ежедневно проводилось ЭЭГ-мониторирование.

Четырежды отмечалось повышение уровня маркеров воспаления в динамике, у пациентки была диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония, разрешение на фоне АБ-терапии. На фоне АБ-терапии маркеры воспаления в динамике снизились.

Проводилось исследование вызванных потенциалов, ЭНМГ (обращает внимание отсутствие моторного ответа с нижних конечностей, увеличение латентности и снижение амплитуды зрительных и слуховых вызванных потенциалов).

По результатам серологического исследования от 04.05.2022: Вирус гепатита С (HCV), суммарные антитела (Anti-HCV), качественное определение - обнаружено (от 11.03.2022 - не обнаружено), Вирус гепатита С (HCV), суммарные антитела (Anti-HCV), подтверждающий тест (ИФА) - обнаружено.

Пациентка была консультирована инфекционистом, установлен диагноз: Острый вирусный гепатит С, умеренной степени активности. По заключению инфекциониста у пациентки печеночно-клеточной недостаточности нет, в настоящий момент в проведении противовирусной терапии не нуждается, решение вопроса о начале противовирусной терапии через 6 месяцев в региональном центре по лечению хронических вирусных гепатитов.

С 01.05.2022 пациентка периодически находилась на самостоятельном дыхании через трахеостому, с 07.05.2022 постоянно на самостоятельном дыхании. 13.05.2022 в связи с развитием эпилептического статуса и возобновлением медикаментозной седации переведена на ИВЛ.

Была выявлена арезорбтивная гидроцефалия, рекомендована установка ВПШ. 09.08.2022-29.08.2022 находилась на лечении в клинике НАКФФ, но нейрохирургическую операцию не выполнили. 29.08.2022 переведена в ГКБ №1 им. Пирогова г.Москвы. 13.09.2022 выполнено вентрикуло-

перитонеальное шунтирование. 15.09.2022 - гастростомия.

За время лечения перенесла сепсис, пиелонефрит, сфеноидит, отит, СПОН, пролежень трахеи.

Жизни

Перенесенные заболевания: Хронический вирусный гепатит С.

Туберкулез: в анамнезе отрицает, вирусные гепатиты (А, В, С): в анамнезе отрицает. ВИЧ: в анамнезе отрицает, венерические заболевания: в анамнезе отрицает.

Вредные привычки: отрицает.

Эпидемиологический

Выездов за границу у пациента, его родственников и ближайшего окружения не было. Контакт с пациентами с лабораторно подтвержденной инфекцией CoVid-2019 не было.

Аллергологический: Неотягощен.

Наследственный: Неотягощен.

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

Общее состояние при поступлении

Общее состояние: средней тяжести. Кожные покровы: обычные, На левом ухе пролежень 3 степени размером 1,5x0,5 см, покрыт грануляциями. Отеки: нет. Телосложение: нормостеник. Легкие: дыхание ослаблено в нижних отделах слева, жесткое, сухие хрипы по всей поверхности легких, частота дыхания 16 в минуту, SpO2 93-95 %, дыхание через трахеостому, санируется густая мокрота.

Сердце: границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, АД на левой руке 110 / 70 мм. рт.ст., на правой руке / мм. рт.ст., ЧСС 125 в минуту. Живот: мягкий, безболезненный при пальпации, питание через гастростому. Печень: не пальпируется. Мочеиспускание: не контролирует, установлен мочевого катетер. Стул: не контролирует.

Неврологический статус при поступлении

лежит с закрытыми глазами, открывает на болевую стимуляцию. Взгляд не фиксирует, за предметами и отражением в зеркале не следит, инструкции не выполняет. На боль сгибательная реакция. Со стороны черепных нервов: Зрачки равные, фотореакции живые. Лицо симметрично. Язык в полости рта по средней линии. Зрительный и слуховой стартл-рефлексы отсутствуют, ориентировочного рефлекса нет. Оральные автоматизмы. Грубый спастический тетрапарез: В руках тонус 4 балла с формированием мышечных контрактур в кистях, локтях до 100 градусов, более выражено слева. Шейная дистония с установкой головы влево. Сухожильные рефлексы высокие. Тазовые функции не контролирует. Нуждается в постоянном уходе. В коляску не высаживалась, не вертикализована.

Ход лечения и реабилитации

ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специалисты центра на встрече с пациентом и его родными согласовали цели реабилитации:

Мама Елены будет обучена правильному позиционированию пациентки и базальной стимуляции, будет выполнять ее самостоятельно 2 раза в день

Через 3 недели Елена будет умываться правой рукой с сопроводительными движениями.

Через 3 недели будет стоять в вертикализаторе под углом 85 градусов в течение 30 минут без изменений гемодинамики.

Через 3 недели Елена будет дышать на заглушке 2 часа суммарно в сутки (за 4 приема), выпивать 50 мл воды.

Через 3 недели удастся вывести левую руку Лены в положение 160 градусов в локтевом суставе, 140 градусов в лучезапястном суставе.

В настоящий момент проводится лечение: антибиотикотерапия в связи с пневмонией и трахеобронхитом, снижается доза противоэпилептических препаратов. После завершения антибиотикотерапии планируется выполнение ботулинотерапии.

На фоне проводимого лечения и реабилитации Елена стала больше времени проводить в состоянии бодрствования, начала проявлять эмоциональные реакции в общении с близкими.

Для достижения реабилитационных целей Елене требуется продолжение курса реабилитации.

Врач-невролог, к.м.н. Язева Елизавета Григорьевна

И.о. главного врача Колбин Иван Александрович

