

Hospital Universitari General de Catalunya

Grupo  quironsalud

Справка

Пациент Виктюхов Данила , который проходит нейрореабилитацию в испанской клинике Hospital Universitario General de Catalunya, 19/06/2018 был осмотрен на медицинском консилиуме командой неврологов, ортопедов и нейрохирургов во главе с доктором профессором Хоакимом Касаньяс , пациенту рекомендуется сделать 3 восстановительные операции на правую руку, ноги, таз, чтобы снять спастический синдром.

Дата: 20/06/2018

Лариса Угринчук

Международный отдел

Hospital Universitari  quironsalud
General de Catalunya

IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.
CIF: B-87324844



Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
ИНСТИТУТ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ИМ. Н.П. БЕХТЕРЕВОЙ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК (ИМЧ РАН)
КЛИНИКА. Отделение анестезиологии - реанимации

197376, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9, д. 12А
тел.: +7 (812) 670 76 75

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент: **ВИТЮХОВ Данила Денисович**

Дата рождения: **17.08.2000** г., возраст: **17** лет (года) Медицинская карта №: **10112**

История болезни №: **1191-17 С**

Дата госпитализации: **23.10.2017** г.

Вид оплаты: **ПЛАТНО**

Дата выписки: **25.11.2017** г.

Отделение: **Отделение анестезиологии - реанимации**

Анамнез заболевания: ДТП, 28.01.17, сознания не утрачивал, госпитализация в Новгородскую обл. клин больницу в 12.30, Неврологических симптомов нет. Кратковременное обморочное состояние при пересаживании ребенка в 14-00, СКТ- головного мозга - без патологических изменений. Дальнейшие симптомы внутрибрюшного кровотечения усугубились (16-30). Операция - лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, резекция толстой кишки с формированием толсто-толстокишечного анастомоза, санация и дренирование брюшной полости с кровопотерей. Течение анестезии нестабильное с гипотензией, кардиотоники, трансфузия Эр-массы 530 мл. В ближайшем послеоперационном периоде (20.30 мин) в АР - остановка сердечной деятельности по типу фебриляции желудочков, 10 мин. ИВЛ 4 дня??. Со 2-х суток судорожный синдром с генерализованными тонико-клоническими приступами, подергиванием век и жевательной мускулатуры (медикаментозная седация, - депакин в/в 800 /сутки, затем АЭТ - депакин 2000 /сутки+фенобарбитал 100 мг х3 раза в день. В ходе госпитализации перенес пневмонию полисегментарную, геморрагически-эрозивный гастрит. Пролежни. КТ в динамике - признаки структурных повреждений затылочных долей.

Через месяц (при выписке)- открывал глаза, реагировал (?) на речь, глотательный и кашлевой рефлекс сохранены

далее был госпитализирован в детскую клин больницу (Комсомола,б) Вегетативное состояние. Выявлены гиперкинезы (дистонии, миоклонии), повышенный тонус мышц, контрактуры суставов. Выявлен ротационный подвывих С2, дистрофические изменения грудного отдела позвоночника. Лечение - диспорт 1000 ед 29.03.17, фенобарбитал 200-200, конвулекс 660-660-680. С 30.03.17 - некупируемая фебрильная температура, усилена антибактериальная терапия, с 5.04.17 переведен в реаним отделение. Сепсис с поражением легких. почек. кроветворных ростков (агранулоцитоз) Со слов матери, контатирован сепсис. Получал лечение. Тогда же был установлен эпизод агранулоцитоза.

В последующем находился дома, уровень сознания и выраженные гиперкинезы сохраняются. со слов матери иногда лежит с открытыми глазами, отмечала фиксацию и слежение, однако не всегда и только при ней. Периодически отмечались подъемы температуры до субфебрильной. Сыпь на лице сохраняется с момента перенесенного сепсиса /пневмонии? (уже несколько месяцев)

На момент госпитализации получает депакин-энтерик 660-660-680 мг, фенобарбитал 3/4 табл утром и 3/4 табл вечером+ постоянные курсы гепатопротекторов (на момент госпитализации эссенциале).

Анамнез жизни: Перенесенные заболевания:

сепсис - (катетер-ассоциированный?)апрель 2017 г с поражениемлегких. почек, кроветворных ростков (агранулоцитоз)

феномен короткого PQ

повторные пневмонии двусторонняя 5.04.17, правосторонняя нижнедолевая S9, S10, с 2 сторон, верхнедолевая S1,2 правосторонний плеврит, ателектаз S2 Перенесенные операции: 28.01.17лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, резекция толстой кишки с формированием толсто-толстокишечного анастомоза, санация и дренирование брюшной полости с кровопотерей.

Аллергоанамнез: пенициллин в детстве (?)

Объективно при поступлении: бодрствует, преходящее по интенсивности моторное возбуждение. усиливающееся на любое прикосновение, свет. Глотание нарушено. (хронический назогастральный зонд), преимущественно за счет первой фазы. Звукоизречения, зевания.нет. Команды не выполняет. На голос в том числе родственников не реагирует. Стартл-рефлекс слуховой слева неубедительный, справа

- отсутствует. Моргательный, зрачковые реакции, фиксацию слежение не оценить - блефароспазм. Симптом орального автоматизма с расширенной рефлекторной зоны, Постоянные гримасы лица, (сохраняются в уменьшенном варианте во сне) : замуривает глаза (интенсивность меняется) , фациальные гиперкинезы (смена латерализации), хоботковые движения, иногда рот приоткрыт/ тремор кончика языка. Латероколлис чаще влево, приподнято левое плечо., (периодически сторона меняется) Левая рука согнута в локте приведена к груди (тонус 4-5 б), пальцы -согнуты в пястно-фаланговом суставе, с формированием таламической кисти, большой палец присогнут приведен (5б). Правая рука чаще отведена, согнута в локте (3-4 б), при возбуждении гиперкинез по типу крыла ласточки, кисть согнута в лучезапястном суставе, (4-5) пальцы согнуты в кулак (4-5б). Ноги согнуты в тазобедренном, коленном суставах, сведены (4-5б). Большой палец левой ноги согнут (3б), в остальном в стопах тонус повышен незначительно. , Постоянные миоклонии: от фокальных- миоклонии век (сохраняются во сне), при раздражении /спонтанно/ при развитии патологических дистонических движений / миоклония захватывает верхнюю 1/3- 2/3 лица (больше справа)). Миоклонии дистальных отделов ног (спонтанно/провоцируются тактильным раздражением), и также наблюдаются (не всегда) генерализованные пароксизмы. Атетоидные движения пальцев левой руки. При возбуждении, прикосновениях развивается гиперкинез, напоминающий хорееформный (с учетом повышения тонуса мышц) . Периодически отмечаются мышечные спазмы трансформирующиеся в гиперкинез. на боль - мышечный спазм. Функцию тазовых органов не контролирует.

Динамика состояния: На фоне антимикробной терапии (метронидазол 500 мг 2 раза в день+ бисептол 960мг 2 раза в день+ гептрал утром) и затем джозамицин (1000X 2 раза в день)начал приоткрывать глаза - зрачки широкие, моргательный рефлекс не убедительный слева справа отсутствует, фиксации взгляда нет, иногда переводит взор в стороны. Меньше выражена гиперэстезия, тактильное прикосновение не всегда вызывает сложный гиперкинез, а сам гиперкинез менее выражен. После установки гастростомы отмечался подъем температуры до фебрильной, при обследовании причина не установлена, на фоне цефтриаксона и метронидазола температура нормализовалась, сохраняется нормальной и после отмены антимикробной терапии с 21.11.17

Состояние при выписке: Уровень сознания прежний. Контакта с пациентом нет. В периоды бодрствования часто лежит с открытыми глазами, гримасы редкие . Зрачки широкие, фотореакции на грани отсутствия. Неубедительно переводит взор на звук (однократно, без повторения). Миоклонии/миокимии с положительной динамикой. Мышечные спазмы менее интенсивные сохраняются, Спастичность и патологическая поза без динамики

Лабораторные исследования:

Ликвор 24.10.17. Цитоз -2/3, белок 0,60 г/л (повышен), глюкоза 4, 1 ммоль/л (повышена)/в крови - 4,5 (норма), хлориды 125,0 ммоль/л (норма 119-126). ЛД (под седацией) - 110 мм вод ст

Моча 24.10. с/желт, прозр, 1,020, кисл, белок -0, глюкоза =0, лей - един в преп, эритроциты - не обн, соли - един оксалаты

Клинический анализ крови 24.10.17 лей -7,4 г/л, гемогл 158 г/л, эр - 4,90, Нг- 06 447, Тромб- 230, пал -1, сегм -40, э-3, моно-5, лф-51, СОЭ-2

Б/х крови 24.10.17 белок -73,0, АлАт -39,2 АсАт -41,0 Е/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, тимоловая - 0,7 Е, Калий - 5,29 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций - 2,0 ммоль/л (2,0-2,6), хлориды -100 (97-108), кальций ионизир -1,07 (1,12-1,32)

Коагулограмма: гематокрит 51%, АЧТВ 37,4 сек, МНО 1,12, протромбин по Квику 81,2 %, протромб время - 13,3 Фибриноген 2,22 г/л, этаноловый тест (-), антитромбин III - 118,4 %, ФА -12 мин

25.10.17 антитела к Tg pallidum - не выявлены, ф.50 - отрицательна (номер 182)

Посев биологич материалов (ликвор, кровь, соскобы носоглотки) на атипичные бактерии и бактериоиды (кишечная флора). Забор материала 24.10.17 : во всех исследованных биолог материалах выявлены Chlamidia spp, чувствительны к : сумамед, джозамицин, рокситромицин, офлоксацин, ломефлоксацин, спарфлоксацин, авелокс, норфлоксацин, рифампицин, риф+ пефлоксацин.

Иммунологическое исследование ликвора и крови: Данных за аутоиммунные васкулопатии, васкулит, демиелинизирующий процесс не получено. Установлена повышенная проницаемость ГЭБ : коэф альбумина $12,3 \times 10^{-3}$ ст (норма до $8,0 \times 10^{-3}$ ст)

Моча 17.11. с/желт, прозр, 1,015, кисл, белок -0, глюкоза =0, лей - един в преп, эритроциты - не обн, соли - ураты - 2

Клинический анализ крови 16.11.17 лей -9,6 г/л, гемогл 1127 г/л, эр - 4,03, Нг- 06 447, Тромб- 164, пал -2, сегм -63, э-1, моно-5, лф-29, СОЭ-2

Б/х крови 16.11.17 белок -63,0, АлАт -18,8 АсАт -18,0 Е/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, тимоловая - 0,38 Е, Калий - 4,3ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций - 2,02 ммоль/л (2,0-2,6), хлориды -99 (97-108),

Инструментальные исследования:

ПЭТ 18ФДГ 25.10.17 Атрофические изменения затылочных долей с перифокальным метаболизмом глюкозы. Диффузный неоднородный гипометаболизм глюкозы в лобных долях с преобладанием в

правой, правой височной доле и зрительных буграх без значимой асимметрии.

МРТ24.10.17 (+контраст+ сосуды). Кистозно-глиозные и атрофические изменения затылочных долей, очагов глиоза больших полушарий

Расширение наружных и внутренних ликворных пространств заместительного характера. незамкнутый виллизиев круг. Тракты ствола мозга и проводники, проходящие через таламусы, прослежены на всем протяжении, не обеднены. Волокна мозолистого тела не изменены. Ассоциативные тракты полушарий большого мозга сохранены.

ВП 26.10.17 Зрительные: задержки центрального зрительного проведения не выявлено. Слуховые. Задержка слухового стволового проведения при стимуляции правого уха. Снижена функциональная активность ядер мезенцефального уровня при стимуляции справа, понто-мезенцефального уровня при стимуляции слева. Соматосенсорные - Кортиковые ответы не зарегистрированы. Когнитивные -P300-выраженное снижение скорости когнитивных процессов при дифференцировке слуховых стимулов различных характеристик.

ЭЭГ 27.10.17 На фоне диффузно измененной БЭА регистрируется очаг эпилептиформной активности в левом полушарии мозга (левая височно-теменная область). Признаки выраженной дисфункции стволовых структур головного мозга, снижен порог судорожной готовности.

ЭЭГ 17.11.17 В динамике по сравнению с 27.10.17 увеличилась медленная активность, увеличилась продолжительность всплесков, но частота их уменьшилась. Появляются фрагментарно альфа-ритм, альфа-активность и бета-активность. Во время исследования более спокоен, меньше движений мышц лица и век. Заключение: выраженная дисфункция стволовых структур, наличие эпи-активности во всех отведениях. Снижен порог судорожной готовности.

ЭКГ 24.10.17 P=0,07, PQ=0,10, QRS=0,09, QT=0,37, RR=0,90, ЧСС=66

УЗИ брюшная полость 16.11.17 : описание на руках. Заключение деформация желчного пузыря, выраженный холестаз

СКТ брюшная полость: диск на руках

Лечение:

антимикробная терапия: метронидазол бисептол джозамицин , цефпиразон симптоматическая терапия, АЭТ без изменений - депакин 660-660-680+ фенobarбитал 3/4 таб-3/4 табл (без изменений)

добавлен клоназепам с 22.11.17

установка гастростомы 13.11.17

Заключение:

Исход заболевания: Без перемен Результат: Выписан

Диагноз:

Основное заболевание: Аноксическое поражение головного мозга, не классифицированное в других рубриках. Последствие клинической смерти 28.01.17. 10 минут. , последствие сепсиса апрель 2017г. Постаноксическая энцефалопатия. Хроническое ВС. Анартрия, генерализованная спастичность+ сложный гиперкинез (генерализованная дистония , атетоз) +мышечные спазмы+ артрозы крупных суставов. Эпилептический синдром (миоклонус-эпилепсия генерализованная), Дизэнцефальный и нейродистрофический синдром.

Воспалительная энцефалопатия на фоне хронического синусита (этиология -группа атипичных бактерий). G93.1

Рекомендовано:

1. санация очагов инфекции (синусит, кожные высыпания)
2. продолжать фоновую антиэпилептическую терапию: депакин 660-660-680+ фенobarбитал 3/4 таб-3/4 табл+ гептрал 1 таб утром. Целесообразно перевод на депакин-хроносфера 1000 мг 2 раза в сутки клоназепам по 0,5 мг 3 раза в день (титрование дозы, возможно увеличение дозы до 1-1-1 мг и более по согласованию с ИМЧ РАН)
3. питание через гастростому
- наблюдение неврологом и педиатром по месту жительства
2. госпитализация в ИМЧ РАН при для проведения специализированного лечения через 4-5 месяцев

Лечащий врач

Заведующий отделением



к.м.н. Вайншенкер Ю.И.

к.м.н. Ивченко И.М.