



Клиника восстановительной интервенционной неврологии и терапии
«НЕЙРОВИТА»

115478 Москва, Каширское ш., 23 стр. А-2; тел.: (495)324-9339/9389; факс: (495)324-9350; e-mail: neurovita@mtu-net.ru

Выписной эпикриз из истории болезни № 2011/0294

Пациент Ангелов Ангел Дмитриев 1977 г.р. находился в клинике с 15.06.2011. по 27.06.2011 с диагнозом: **Травматическая болезнь головного мозга, поздний период. Последствия тяжелой черепно-мозговой травмы (от 2005). (ушиб головного мозга в теменной области. ДАП). Внутренняя гидроцефалия. Посттравматическая энцефалопатия с нарушением речевых и когнитивных, двигательных функций.**

Состояние после операций: 1. Краниопластика (2005г.) 2. Срединная ляпаротомия по поводу перитонита (2005г). 3. Установка вентрикуло-перитонеального порта (2.11.2007).

Состояние после интратекальных цитотрансфузий МАСК.

Пациент жалоб не предъявляет из-за снижения когнитивных и речевых функций.

Жалобы со слов зятя (сопровождающего больного) на ограничение объема произвольных движений в руках с акцентом справа и в ногах - по причине наличия гетеротопического оссификата в области правого тазобедренного сустава, повышение мышечного тонуса в конечностях, существенные затруднения моторной речи.

Из анамнеза известно, что в 2005 году в результате автоаварии, пациент получил тяжелую травму головы. В крайне тяжелом состоянии пациент был доставлен в стационар. В экстренном порядке прооперирован, проведена: краниопластика, срединная ляпаротомия. Пациент на протяжении 1,5 месяца находился в коме. После выхода из комы, отметили выраженные контрактуры суставов верхних и нижних конечностей.

После инцидента пациент неоднократно обращался с жалобами на боли опоясывающего характера в грудно-поясничном отделе позвоночника.

В 2.11.2007 году проведена установка вентрикулоперитонеального катетера в правый фронтолатеральный рог латерального желудочка, система клапана установлена в абдоменум справа, из-за множества контрактур в брюшной полости дистальный катетер остался согнут.

Пациент поступил в клинику НейроВита в плановом порядке для продолжения обследования и лечения в группе консервативного лечения по программе с использованием аутологичных гематопоэтических стволовых клеток.

Анамнез жизни: Заболевания внутренних органов, туберкулез, гепатит, малярию и др. инфекционные, а также венерические заболевания родственники пациента отрицают. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективно: При поступлении общее состояние удовлетворительное, компенсированное. Телосложение нормостеническое. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В области эпигастрия рубец 20 см. заживший первичным натяжением после срединной ляпаротомии, в правой подвздошной области 3 рубца по 3-2 см после эндоскопической ляпаротомии. Видимых отеков нет. Поверхностные лимфоузлы не увеличены. Дыхание ритмичное, самостоятельное, адекватное, проводится во все отделы. ЧДД 12 в мин. Гемодинамические показатели стабильны: пульс ритмичный, слабого наполнения с частотой 68/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык розовый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Органы чувств и железы внутренней секреции без видимой грубой патологии. Мочеиспускание контролирует. Стул самостоятельный 1 раз в 1-2 дня в положении лежа.

Неврологический статус: Уровень сознания ясный. Менингеального синдрома нет. Понимает обращенную речь Ориентирован в месте и времени. Пытается общаться используя не сложную речевую продукцию. Зрачки округлой формы D=S, фотореакции (прямые и содружественные) несколько замедлены, симметричные. Непостоянный горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм. Нарушений чувствительности на лице не выявлено. Лицо без грубой асимметрии. Легкая сглаженность правой носогубной складки (конституциональная). Небная занавеска симметрична, глоточный рефлекс живой. Оживление подбородочного рефлекса. Выявляются рефлекс орального автоматизма (хоботковый).

Мышечный тонус в проксимальных и дистальных группах мышц рук незначительно повышен по спастическому типу. Умеренные гипотрофии проксимальных и дистальных мышц конечностей. Грубые контрактуры локтевых, лучезапястных и голеностопных, тазобедренных суставов, выражено

справа. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены. Достоверно определить силу мышц затруднительно в связи с контрактурами суставов верхних и нижних конечностей, больше выраженные в т/б суставе справа: тетрапарез до 3 баллов с акцентом справа (в дистальных группах 1,5-2 балла). Сила и амплитуда дыхательных движений межреберных мышц достаточная.

Брюшные рефлексы резко ослаблены. Выявляются патологические рефлексы и клонусы стоп, непостоянные клонусы надколенников. Походку проверить затруднительно в связи с ортопедическими нарушениями нижних конечностей.

Координаторные пробы провести не представляется возможным из-за ограничения движений в конечностях.

Лабораторные методы исследования.

Изосерологические исследования	
Название теста	Результат
Группа крови	0 (I) первая
Резус-фактор	- (отрицательный)
Антигены системы Kell	отрицательный
Серологические исследования	
Название теста	Результат
Антитела к вирусу иммунодефицита человека 1,2 (ВИЧ1,2)	отрицательный
Антиген "s" вируса гепатита В (HBsAg)	отрицательный
Антитела к вирусу гепатита С (анти-HCV) сумм.	отрицательный
Антитела к <i>Troponema pallidum</i> (IgM и IgG) (ИФА)	отрицательный

Инструментальные методы обследования.

СОМАТОСЕНСОРНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ

Стимуляция – п. *Tibialis* на уровне медиальной лодыжки (электрические стимулы длительностью 0,3 мс и частотой 0,5 Гц);

Регистрация – 1) Cz – Fpz сенсорная корковая проекция;

Показатели		При стимуляции		Норма (M±1SD)
		Слева	Справа	
P37	Латентность, мс	45,8	40,8	38,0 ± 1,9 (<43,9)
	Амплитуда, мкВ	0,7	1,2	2,4±1,5 (>0,6)
N45	Латентность, мс	51,0	45,3	46,4± 3,2(<54)
	Амплитуда P37-N45, мкВ	0,2	0,6	2,3±1,3 (>0,2)

Заключение: По результатам исследования при стимуляции правой нижней конечности патологии не выявлено. При стимуляции слева отмечаются умеренные нарушения функции путей соматосенсорного анализатора.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Визуальный анализ нативной ЭЭГ выявил следующие особенности биоэлектрической активности головного мозга:

Альфа-ритм нерегулярный. Частота: 8-9 кол./сек.; амплитуда: до 55 мкВ.; индекс выраженности: 60%; доминирует в затылочных областях обоих полушарий, зональные различия сохранены; модуляции нечеткие.

Бета-активность. Частота 17-21 кол./сек., амплитуда до 12 мкВ., хорошо выражена во всех отведениях.

Патологическая медленная активность (дельта, тета): отсутствует.

Пароксизмальные феномены: отсутствуют.

Другие ЭЭГ-феномены: отсутствуют.

Функциональные пробы:

Реакция активации (открытие глаз): адекватная.

Фотостимуляция 2-24 Гц: навязывание ритма на частоте 9, 10 и 11 Гц.

Гипервентиляция (3 мин): изменения картины ЭЭГ не вызывает.

Заключение:

1. Эпилептиформной активности не выявлено.
2. Признаков очагового поражения коры головного мозга не отмечается.
3. Значимой межполушарной асимметрии не определяется.
4. Легкие диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, связанные с дисфункцией в деятельности стволовых структур мозга.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ

Методом спектрального анализа выявлены следующие характеристики биоэлектрической активности головного мозга:

Пик спектральной мощности основного ритма ЭЭГ (альфа-ритм) четко очерчен: 8,6 Гц, не расширен, не расщеплен, симметричный по гемисферам в затылочных отделах, где находится максимум выраженности. Дополнительных пиков не выявлено.

Полученные данные картирования спектральной мощности патологии не выявили.

ЭКГ: Синусовый ритм, Нормограмма. Чсс 84 ударов в минуту.

Консультация ортопеда – травматолога. Заключение и рекомендации выданы на руки.

Пациенту с предварительного информированного согласия проведены дважды цитотрансфузии МАСК интратекально, процедуру перенес удовлетворительно.

В отделении проведено комплексное лечение: симптоматическое лечение (ноотропная, сосудистая, метаболическая) ЛФК, массаж, физиотерапия, регулярные занятия с логопедом (даны рекомендации).

Пациент выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение невролога, терапевта по месту жительства.

Рекомендовано:

1. Продолжать лечебную физкультуру на специальных тренажерах под руководством инструктора ЛФК.
2. Продолжить прием: Фенотропил 100мг по 1 таблетке утром - на протяжении 7 недель.
3. Повторная госпитализация в клинику «НейроВита» через 3 месяца.

Зав. отделением, лечащий врач, невролог
Зам. ген. директора по лечебной
и научной работе Д.М.Н., проф. **Евсеев Н.Г.**

