



нейрохирургическое отделение

Выписной эпикриз И.Б. 7573

Майор Кобачев Алексей Сергеевич, 35 лет.

Находился на обследовании и лечении с 28.07.16. по 03.08.16 К/Д – 6.

При поступлении – жалобы на постоянную умеренную головную боль распирающего характера. Двоение в глазах, слабость в левой половине туловища, шаткость походки, гнусавость голоса. Периодическое поперхивание при глотании жидкости. Головокружения.

Развитие настоящего заболевания: Считает себя больным с апреля 2016, когда постепенно стали нарастать вышеуказанные жалобы. За мед помощью не обращался. В июле 2016 выраженные поперхивания при глотании, шаткость походки и двоение в глазах приобрели постоянный характер. Госпитализирован в неврологическое отделение ЦРБ г.Дубны, где при МРТ головного мозга с контрастным усилением диагностировано диффузное объемное образование ствола головного мозга, с сужением IV желудочка, угрозой развития гидроцефального синдрома. Проведена противоотечная терапия, отмечен значительный регресс неврологической симптоматики, сохраняется невыраженная дизартрия, невыраженная слабость в левой половине туловища, периодическое поперхивание при глотании.

Пациент консультирован в ИНХ Бурденко РАМ и РНЦ Рентгенрадиологии – показаний к удалению диффузной опухоли ствола головного мозга нет, рекомендовано выполнить шунтирующую операцию для профилактики окклюзионно-дислокационного синдрома после проведения радиохирургического лечения. Поступил в НХО ГКГ МВД РФ для оперативного лечения.

В анамнезе: Артериальная гипертензия 2 ст. Риск 3.

Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14-16. Тоны сердца чистые, ясные АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 66 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптом Пастернацкого отр. с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Сознание ясное, ориентирован, адекватен. Парез отводящего нерва слева. Легкая диплопия. Грубый мелкоразмашистый нистагм. Фотореакция сохранена. Голос гнусавый. Легкая дизартрия. Глотание жидкой и твердой пищи не нарушено. Левосторонний гемипарез до 3-4 баллов. Левосторонняя гемигипестезия. Сухожильные рефлексы с акцентом слева. В позе Ромберга нейстойчив. Походка паретическая. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена.

При контрольной КТ от 28.07.16. – картина гидроцефального синдрома. При офтальмологическом осмотре от 28.07.16. – патологии органов зрения не выявлено. Данных за «застойные» явления на глазном дне не выявлено.

29.07.16. выполнено оперативное лечение – вентрикулоперитонеальное шунтирование системой «Медсил» с помпой среднего давления.

При контрольной КТ и МРТ головного мозга – дренаж в правом желудочке проведенный через передний рог. Визуализируется диффузное объемное образование моста, среднего и продолговатого мозга. Признаков гидроцефального синдрома нет.

Ранний послеоперационный период протекает без осложнений. Пациент активен. Активен. Ходит в пределах госпиталя. Головная боль не беспокоит. Боли в области послеоперационных ран нет. Сохраняются жалобы на двоение в глазах, слабость в левой половине туловища, шаткость походки, гнусавость голоса. Периодическое поперхивание при глотании жидкости и головокружения.

Соматический статус на дооперационном уровне. В неврологическом статусе отрицательной динамики не отмечено. Послеоперационные раны спокойны.

Анализ крови от 02.04.16: гемоглобин – 160, лейкоц. – 8,61, эр. – 5,33, тромб. – 253, нейтрофилы 78,8, лимф 11,7, моноц. 7,6, эоз 0,2 баз. – 0, СОЭ – 4, общ. билирубин – 11, прямой билирубин 5, АСТ – 35, АЛТ – 73. креатинин – 80. мочевина 8, общ белок 70. сахар 4.8. Коагулограмма – нормокоагуляция. В(III), Rh – положительный. Анализ мочи от 29.07.16.: уд. вес 1024, рН 5,0, лейкоц. – 1, эр – 0, белок – 0,0. Слизь – скудно. HBS, HCV, RW, AT к ВИЧ от 28.07.16 – отрицательны. Рентгенография ОГК от 28.07.16. – без патологии. Лучевая нагрузка – 7,0 мЗв. ЭКГ от 29.07.16. – ритм синусовый, нарушение внутрижелудочковой проводимости.

От продолжения восстановительного лечения в условиях ГКГ МВД пациент и его родственники отказались. В удовлетворительном состоянии выписывается на амбулаторное наблюдение у невролога, хирурга, онколога поликлиники.

Рекомендовано: Решение вопроса о проведении лучевой терапии в учреждениях Минздрава или РАМН по федеральным квотам. Продолжить курс медикаментозной терапии: Т. Бисопролол 5 мг x 1 р.д., т. Моксонидин 0,2 мг x 1 р на ночь, т. Лизиноприл 5 мг x 2 р.д. т. Амоксициллин + Клавулановая кислота (Амоксиклав 625 мг) x 3 р.д. (5 суток) р-р. Дексаметазон 4 мг x 3 р.д в/м. капсу. Омега-3 1 капсу x 1р.д. Избегать переохлаждений, тяжелых физических нагрузок, прием алкоголя и общие перенагревания.

Снятие швов с послеоперационных раны 6-7.08.16.

Выдан листок временной нетрудоспособности № 2530 с 28.07.16. по 04.07.16. Явка в поликлинику – 04.07.16. Проведена ВК ЭВН 01.08.16. – разрешено продление листка временной нетрудоспособности на 15 суток. К месту жительства следует авторанспортом. Данные нейровизуализации выданы на руки на CD.

ДИАГНОЗ: ДИФFUЗНАЯ ОПУХОЛЬ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА. КОМПЕНСИРОВАННАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ.

Операция от 29.07.16.: вентрикулоперитонеальное шунтирование системой с помпой среднего давления.

И.О. НАЧАЛЬНИКА Н.Х.О.
ЛЕЧ. ВРАЧ



БЕРКУТОВ Е.С.
БЕРКУТОВ Е.С.