

ГБУЗ Городская клиническая больница № 1  
им. Н. И. Пирогова  
Департамента здравоохранения г. Москвы  
ОГРН 1027700450381  
ИНН 7706055854/770601001  
ОПЕРАТИВНЫЙ ОТДЕЛ  
из истории болезни стационарного больного № 19388/015  
г. Патент. Кара-Мурза В.В., 33 лет. Тел. 8 (495) 536 19 94

## Выписной эпикриз

Находится на стационарном лечении в ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова с 27.05.2015. по настоящее время.

Диагноз:

Основное: Отравление циталопрамом.

Осложнение: Синдром системной воспалительной реакции. Отек головного мозга. Острая дыхательная недостаточность. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острая печеночно-почечная недостаточность. Острая кишечная недостаточность. Коагулопатия. Тромбоцитопения. Спонтанное паренхиматозно-субарахноидально-вентрикулярное кровоизлияние от 04.06.15. Неокклюзивный тромбоз общей бедренной вены справа. Флотирующий тромбоз наружной подвздошной вены справа с длиной флотации 6 см.

Операции:

- 1 Диагностическая лапароскопия от 03.06.2015.
- 2 Нижняя каваграфия, имплантация съемного кава-фильтра "ALN" от 06.06.2015

Сопутствующие заболевания:

Киста лобной кости справа. Гипертрофия левого надпочечника.

Анамнез заболевания: в течение длительного времени принимает Селексу, Зонтак.

26.05.2015 г. внезапно возникло сердцебиение, обильное потоотделение, тошнота. На догоспитальном этапе отмечалась гипотония АД 90/50 мм.рт.ст. Вызвана бригада СМП. пациент доставлен в ГКБ №23, где сохранялась артериальная гипотония 90/60 мм. рт. ст., было проведено дообследование: ЭхоКГ: тяжелая аортальная регургитация. Выполнено МСКТ аорты с контрастированием: данных за расслаивающую аневризму аорты не получено, для дообследования 26.05.2015 был переведен в Научный центр ССХ им. А.Н.Бакулева.

При поступлении в научный центр им А.Н.Бакулева (26.05.2015 г. в 23:30) пациент дообследован. Диагноз аортальная недостаточность неясного генеза снят. При обследовании отмечалась отрицательная динамика в виде угнетения уровня сознания и появления тотальной миоплегии. Переведен в многопрофильный стационар на ИВЛ с направительным диагнозом: травматическое САК, отравление неизвестным веществом транспортирован в ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова, при дообследовании диагноз САК был снят.

Взяты биологические среды на барбитураты, бензодиазепины. Анализы отправлены в токсикологическую лабораторию (обнаружен циталопрам – №3675 от 27.05.15). В дальнейшем отмечалось нарастание тяжести состояния больного. Тяжесть состояния больного была обусловлена острой церебральной недостаточностью, отеком головного мозга, острой дыхательной недостаточностью, острой сердечно-сосудистой недостаточностью, острой печеночно-почечной недостаточностью, синдромом системной воспалительной реакции, острой кишечной недостаточностью, больному была проведена диагностическая лапароскопия. В лабораторных показателях крови отмечалась коагулопатия, тромбоцитопения на фоне которых развилось спонтанное паренхиматозно-субарахноидально-вентрикулярное кровоизлияние. У пациента выявлен неокклюзионный тромбоз общей бедренной вены справа, флотирующий тромбоз наружной подвздошной вены справа с длиной флотации 6 см. Была проведена нижняя каваграфия, имплантация съемного кава-фильтра "ALN" от 06.06.2015. На фоне проводимой комплексной интенсивной терапии, направленной на поддержание и стабилизацию витальных функций, включающую: инфузционную терапию, гемотрансфузию, инотропную поддержку, респираторную поддержку, заместительную почечную терапию, массивную антибиотическую терапию, профилактику ТГВ, гастропротекторную терапию ингибиторами протонной помпы, нутритивную поддержку, отмечалась стабилизация и постепенное улучшение состояния больного.

В настоящее время отмечается положительная динамика в виде стабилизации АД,

нормализации температуры тела. С больным проводятся реабилитационные мероприятия. В неврологическом статусе: в сознании, контактен, ориентирован. Правильно отвечает на простые вопросы. Общемозговых знаков нет. ЧМН Двусторонний экзофтальм, более выраженный слева. Глазные щели D<=S.. Зрачки равны. Движение глазных яблок в полном объеме. Ослабление конвергенции с двух сторон. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Нистагма нет. Слух сохранен. Глотает без поперхивания. Уменьшился тризм жевательных мышц. В верхней пробе Баре хуже удерживает левую руку, мышечная сила снижена в левой руке до 2,5-3 баллов, больше в кисти. Согнутые в коленях ноги удерживает. В нижней пробе Баре ноги удерживает, быстрее опускает левую ногу. Мишечный тонус дистоничен, с нарастанием мышечного тонуса. Расстройства чувствительности не выявлены. Координаторные нарушения – при выполнении ПНП- хуже выполняет левой рукой из-за пареза, с двусторонней интенцией, ПКП – выполняет с атаксией с двух сторон. Функции тазовых органов контролирует.

### **Результаты клинико-диагностического обследования:**

**Б/х анализ крови (19.06.15 г):** натрий 147 ммоль/л, калий 2,9 ммоль/л, триглицериды 2,73 ммоль/л, креатинин 103 мкмоль/л, мочевина 5,7 мкмоль/л, холестерин 3,23 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, кальций общий 1,78 ммоль/л, общий белок 50,0 г/л, альбумин 27 г/л, креатинфосфокиназа 205 Ед/л, АЛАТ 25,0 ЕД/л, АсАТ 24,0 ЕД/л, билирубин общ. 6,0 мкмоль/л., железо (сывороточное) 2,2 мкмоль/л, С-реактивный белок 66 мг/л, антистрептолизин 116,7, ревматоидный фактор 3,7.

**Общий анализ крови (20.06.15):** Гемоглобин 95 г\л, гематокрит 27,8 %, эритроциты 3.23 млн., тромбоциты 618 тыс., лейкоциты 6,0 тыс., н-62,6%, л-29,9%, м-7,5%.

**Коагулограмма (20.06.15г):** АЧТВ 36,6 сек, МНО 1,28 Протромбиновый индекс 70%.

Лечение согласовано.

**МСКТ головного мозга и костей свода, основания черепа (19.06.15):** По сравнению с 13.06.15 отмечается положительная динамика в виде обратного развития (уменьшения объема, плотности) гематомы подкорковых ядер слева, внутрижелудочкового кровоизлияния и конвекситального САК. Открытая внутренняя гидроцефалия (ВКК2 – 22%). Пристеночная гиперплазия слизистой оболочки ППН – без существенной динамики – без существенной динамики, содержимое в задних ячейках сосцевидных костей – положительная динамика в виде уменьшения объема поражения.

**МСКТ грудной полости (19.06.15):** Двусторонний гидроторакс с компрессией задне-базальных отделов обоих легких, явления гиповентиляции в S2 обоих легких. Расширение пищевода. Лимфоаденопатия средостения.

**МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства (19.06.15):** Умеренная гепатосplenомегалия.

**Эхо-КГ (19.06.15):** На всех осмотренных клапанах отмечается гемодинамически незначимая регургитация, в т.ч. и на аортальном, ранее не обнаруживался, по-видимому, из-за худших условий визуализации. Регургитация на аортальном клапане расположена в типичном месте – между створками по центру. В остальном без динамики.

В настоящее время больной транспортируется. Транспортировка в положении лежа в сопровождении специализированной медицинской бригады. Нуждается в реабилитации в условиях реабилитационной клиники.

**Зам. гл вр. Гиляров М.Ю.**

*заб. обр. 1315*

*лек. б.*



*Подпись 14.11*