

**ВОЕННОМЕДИЦИНСКА  
АКАДЕМИЯ  
МБАЛ СОФИЯ**

София 1606 бул. "Св. Георги Софийски" №3  
Тел.: 92 26 000, 92 25 422, 952 14 51  
Факс: 952 65 36, e-mail: vma@vma.bg



**MILITARY MEDICAL  
ACADEMY  
MHAТ SOFIA**

Sofia 1606 №3 "St. Georgi Sofijski" Str.  
Tel.: 92 26 000, 92 25 422, 952 14 51  
Fax: 952 65 36, e-mail: vma@vma.bg

**КАТЕДРА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ**

**ЕЛВИРА БОХОС КЕРЕМЯН 25 г.  
ЛИБ № 9690**

Постъпила: 11.05.2006 г.

Изписана на 12.07.2006 г

Окончателна диагноза: Постхипоксична енцефалопатия. Трахеостомия. Състояние след Цезарово сечение. Състояние след клинична смърт. Състояние след КПР.

Придружаващи заболявания: не

Анамнеза: съста по данни на близките и епикриза – касае се за пациентка на 25 г. изпаднала в клинична смърт по време на цезарово сечение със спинална анестезия. След направената кардиопулмонална ресусцитация възстановила сърдечна дейност, но не е възстановила съзнание. Изпаднала в кома с гърчова симптоматика, за което е била интубирана и поставена на ИБВ. На 05.03.2006 г. е преведан в СБАГАЛ "Майчин дом" в тежко общо състояние в кома, интубирана на собствено дишане. В послевствие пациентката е трахеостомирана, като на 13.04.06 трахеостомната канюла е сменена с постоянна. Лекувана 66 дни, като през това време е имала левостранна бронхопневмония, излекувана с антибиотици. По отношение на неврологичната симптоматика лекувана с невропротектория, антиепилептични средства и симптоматично. Изписана и преведена във ВМА за продължаване на лечението.

Обективно състояние: постъпила в КАРИЛ на ВМА София от ОАРИЛ на ЕМБАЛ Св. Анна – Варна на 11.05.06 в стационарно тежко общо състояние, афебрилна до субфебрилна, ГКС – 10-11 т., отваря очи спонтанно без вербален контакт, на болево дразнене реагира с екстензионни движения. Тежка спастична квадрипреза с флексионно-екстензионни контрактури. Зеници б.о., гълтателен рефлекс запазен. Спонтанно дише през трахеостомната канюла, аускултаторно двустранни везикуларно с оскъдна секреция. Стабилна хемодинамика с ритмична сърдечна дейност. Корем мек с перисталтика. Ход на заболяването Започната терапия отразена подробно в терапевтичните листове. По отношение на ЦНС след консултация с невролог депакин, невропротектория - ноотропил и церебролизин, симптоматични средства – мидокалм, нивалин по схема от 16.05.06 до 22.05.06, нимотоп. Трахеостомните канюли периодично са подменяни с нови след тоалет на прилежащата кожа с антисептики.

По отношение на дихателната система- белодробната рентгенография на 22.06.06 установява бронхопневмония в дясна белодробна основа. След съответната антибиотична терапия, според изолираните микроорганизми и по антибиограма на контролната графия на 27.06.06 не се установяват инфилтративни възпалителни изменения в белодробния паренхим.

По отношение на ССС – хемодинамично стабилна.

Кореман статус – не се установяват видими патологични изменения.

Гинекологичен статус – на 14.05.06 е консултирана с хирург с оглед изтичане на фекалии от влагалището – "в момента няма данни за остро хирургично заболяване налагащо спешна оперативна интервенция".

Проведени изследвания:

ЕЕГ – 07.06.06 – запис направен при пациентка с клинична картина съответстваща на хронично вегетативно състояние – доминираща тета активност, равномерно разпределена по целия скалп, примесена с единични дълга вълни. Добра реакция при налягане на болева раздразна. Находката

съответство на средностепенна енцефалопатия.

ЯМР от 15.06.06 - разширени субарахноидни пространства и мозъчни цистерни двустранно фронтално и темпорално. Вентрикулната система – лекостепенна вътрешна хидроцефалия засягаща всички отделни на вентрикулната система. На TIRM образите – техника заличаваща сигнала на ликвора и сетивна за повишено количество течност в паренхима се вижда сигнално усилване главно по хода и отделни темпорални гънки. Не се виждат сигнални промени в субкортикалните и дълбокото бяло мозъчно вещество в областта на корпус калозум и на базалните ядра в областта на външните и вътрешни мозъчни капсули по хода на мозъчния ствол и малко мозъчните структури, вермис и хемисфери. Структури в областта на турското седло – нормално изобразяване. Заключение- находката отговаря на външна / симетрична бифронтална и битемпорална / лекостепенна вътрешна хидроцефалия. Последните от хипоксията и исхемията засягат кората на описаните лобове без да засягат бялото мозъчно в-во, базалните ядра, мозъчния ствол и малко мозъчните структури.

КАТ на глава от 28.06.06 – корова атрофия, ретруширана е границата между бяло и сиво мозъчно вещество. След венозно контрастиране се отчете умерено повишаване на плътността на мозъчната кора. Терминалните разклонения на мозъчните съдове се проследяват до кортекса. Не се визуализират зони на исхемия.

Имунен статус – задоволителен. ЕГК – без патологични изменения

Микробиологични изследвания последни от 06.07.06 урини – не се изолират патогенни микроорганизми. От ГЪД – псевдомонас аеругиноза.

Към момента на превеждането пациентката е в стационарирано тежко общо състояние. ГКС – 10- 11 г. , кожа и видими лигавици бледо розови, спонтанно дишане през трахеостомна канюла. Дишане аускултаторно двустранно везикуларно. Субфебрилна . Хемодинамично стабилна. Корем мек има перисталтика. Храни се през сонда. Добра диуреза. Параклиника в норма.

Провеждана терапия: авелокс – 400 мг , клексан 0.6 с.к. пк мерц 2 x 500 мл. и.в. ; ноотропил 12.0 и.в., церневит 1 фл. ; мидокалм 3 x 300 мг . , тобрадекс кохир 3 x 1 к. , депакин 2 x 1 т.

Сондово хранене - фрезубин 1000 м . осмолит 500 мл. еншуре 500 мл., вода 500 мл.

12.07.06

Дежурен лекар:



д-р Н. Нинов

Началник КАРИЛ:

полк. доц. Н. Петров