



FEDERAL STATE INSTITUTION
FEDERAL MEDICAL BIOPHYSICAL CENTER
NAMED AFTER A. BURNAZYAN
123098, MOSCOW, 23 MARSHAL NOVIKOV ST.
OKPO 85667361 TEL. 8 (499) 190-32-02

FEDERAL BIOMEDICAL AGENCY

Federal state institution Federal Medical Biophysical Center named after A. Burnazyan

Department for treatment of patients with disorders of cerebral circulation

123098, Moscow, 23 Marshal Novikov St, tel. 8 (499) 190-45-60, 8-499-190-32-02

DISCHARGE SUMMARY FROM HISTORY OF DISEASE CASE No. 2635

Patient **R. Seleznev, born in 1984**, was hospitalized in Department of Neurosurgery from 4/30/2011 to 5/20/2011, and Department of Vascular Neurology from 5/20/11 to 6/21/11.

Diagnosis: severe concomitant trauma. Severe craniofacial injury. Open etched fracture of the left temporal bone. Lamellar subdural hematoma on the left. Severe brain injury. Fracture of the outer wall of the left frontal sinus and the orbital edge. Hematosinus. Bruised chest. Bruised abdominal cavity without damage to internal organs. Open fracture of the distal phalanx of the 3rd finger on the right hand. Contused wounds of the scalp, face, extremities.

Condition after installation of parenchymal intracranial pressure sensor on the right and microdialysis catheters on 2 sides on 4/30/2011, decompressive hemicraniectomy, removal of acute subdural hematoma on the left on 4/30/11, tracheostomy on 5/3/11.

IBC (International Classification of Diseases) Code: S06.31.

When receiving a complaint: the patient does not complain about the severity of the condition.

History of the disease: Victim of the explosion in the cafe, Marrakech (Morocco) 4/28/2011 around 11:00. After the explosion was under the rubble of furniture and wall debris. The patient was brought unconscious to the hospital, where he was subjected to the primary surgical treatment of wounds and placed on mechanical lung ventilation through an endotracheal tube. Performed a CT scan of the brain, thoracic and abdominal cavity. Examined by a neurosurgeon - no indications for surgery. By sanitary plane accompanied by resuscitator and neurosurgeon, he was transported to the intensive care unit of FMBC. The condition during transportation was stable.

Life history: Chronic diseases are denied.

Objective status: extremely critical. Passive position. Conventional food. Pale skin, dry, blood pressure = 120/80 mm Hg. PS = 78 beats per min, rhythmic. Mechanical ventilation through the tracheostomy tube, vesicular breathing, performs in all departments. Wheezing is not heard. Tongue is clean, wet. Belly of the usual form, soft and painless in all areas.

Neurological status: Level of consciousness: stupor - coma 1 (drug sedation). Voice contact is not available. Out of sedation, psychomotor agitation. Active movement in all extremities.

Pupils S = D, the usual size. Photoreaction maintained, symmetric. The corneal reflex is present, symmetric. The face is symmetric. No meningeal signs. No convincing paresis in the limbs. Tendon reflexes without a clear difference of sides. Muscle tone without a clear side difference. No pathology of the feet.

Local changes: Periorbital hematoma on the left side, bruised wounds of the left temporal and occipital regions up to 4 cm in length, edges saddled, hyperemic, sewn with nodal seams. Swelling of the left temporal region. Injured wounds of the left shoulder, left eyebrow. Injured wound of the distal phalanx of the 3rd finger on the right hand sewn with nodal sutures.

Prehospital surveys: CT scan of the brain shows depressed fragmentation fracture of the left temporal bone with an impression of fragments less than the bone thickness, lamellar subdural small hematoma on the left, a bruise of the left temporal lobe of type 2-3. Fracture of the outer wall of the left frontal sinus, hematosinus.

Surveys:

Complete blood count (4/30/11): leukocytes - 9.2; erythrocytes - 3.3, Hb - 99, platelets - 143, hematocrit - 86.5%, lymphocytes - 9.3%.

dynamics (from 5/1/11 to 5/9/11): leukocytes - 19.3, erythrocytes - 3.3, Hb - 95, platelets - 384, hematocrit - 82.9%, lymphocytes - 11.6%.

dynamics (from 5/10/11 to 5/19/11): leukocytes - 8.6, erythrocytes - 3.5, Hb - 102, platelets - 536, hematocrit - 61.5%, lymphocytes - 29.4%.

Complete blood count (6/16/11): leukocytes - 5.3, erythrocytes - 3.96, Hb - 120 platelets - 193, stab neutrophils - 0.2, segmented neutrophils - 41.3, erythrocyte sedimentation rate - 8.

Blood analysis for the presence of Rh and Rh-antibodies (4/30/11): blood group B (III) -three, RH-positive, Kell-negative.



Coagulogram (4/30/11): APTT - 40.3, PTI - 56.3, INR - 1.39, TT - 13.3, Fibrinogen - 3.4.
dynamics (5/1/11 - 3/9/11): APTT - 37.9, PTI - 79.2, TT - 14.4, INR - 1.13, Fibrinogen - 8.3.
dynamics (5/10/11 - 5/18/11): APTT - 35, PTI - 68.3, TT - 15.7 INR - 1.23, Fibrinogen 4.9.
Urinalysis (5/5/11): Creatinine - 16.63 mmol/l, Urea - 359.52 mmol/l, Osmolarity - 376 mmol/l, Diuresis per day - 11.2 liters, Calcium - 23.63 mmol/l, Sodium - 1374.2 mmol/l, Potassium - 149.1 mmol/l
dynamics (5/10/11): Creatinine - 10.4mmol/l, Urea - 749.4 mmol/l, Diuresis 3 liters per day.
General urine analysis (6/16/11): the relative density - 1020, pH - 6.5, leucocytes - 5-7.

Biochemical analysis of blood (4/30/11): total Protein - 46.4, albumin - 27.9, Glucose - 6.1, Urea - 1.6, Creatinine - 77, total Bilirubin - 13.0, direct Bilirubin - 6.0, ALT - 15.5, AST - 20.6, LDH - 301, the total Amylase - 92, LDL -1.71, CPK - 381, CPK-MB - 4.7 Alkaline Phosphatase - 24, K - 3.6, Na - 146.
dynamics (5/1/11 - 5/9/11): total Protein - 72.5, Albumin - 35.5, Urea - 6.7, Creatinine - 74, total Bilirubin - 9.2, total Amylase - 269, GGT - 318, Alkaline Phosphatase - 71, CRP - 134.6, K 4.23, Na -142.5
dynamics (5/10/11 - 5/18/11): whole Protein - 77.5, urea - 5.9, Creatinine - 73, total Bilirubin - 9.7, ALT - 124.9, AST - 37.2, CRP - 37.2, K - 4.24, Na - 146.6
Biochemical analysis of blood (6/16/11): total Protein - 59, Urea - 2.6, Creatinine - 75.8, Cholesterol - 4.93, total Bilirubin - 4.3, ALT - 15.2, AST - 12.6.
Coagulogram (6/16/11): APTT - 33, PTI - 97, INR - 1.01, TT - 17, Fibrinogen - 2.1, SFMC - 3.5.

RW, Antibodies to HIV - negative
HBsAg, anti-HCV-IgM, IgG (5/6/11) - detected
HBsAg is detected, anti-HCV-IgM, IgG (5/30/11) - not found

Analysis of cerebrospinal fluid (5/7/11): slightly yellow transparent, Cytosis 2443200/3 in 1mcl, Protein - 12.9 g/l, Glucose - 0.1 mmol/l, Eosinophils - 99%, Sodium - 161.5 mmol/l, Potassium - 3.2 mmol/l, Chlorine - 123 mmol/l.
dynamics (5/8/11 -5/19/11): colorless, transparent, Cytosis 20/3 1mcl, Protein - 0.66 g/l, Glucose - 1.7 mmol/l, Lymphocytes - 18%, Neutrophils - 2%.
Blood test dated 5/12/11: 32 Anaerobes (Pasteurella Aerogenus), 33 Aerobes (Acinetobacter species), 34 Fungals
Urine test dated 5/13/11: no microflora was detected
Bronchial washings as of 5/17/11: Acinetobacter baumannii 10⁸
Liquor as of 5/16/11: no microflora was detected.

ECG of 5/25/11: sinus rhythm of 70 per minute, drawing ECG within normal limits.

Multislice CT scan of the brain, chest and abdominal cavities of 4/30/11

In the left frontal parietal region, there is a pathological zone of an elongated shape, heterogeneous density, represented by areas of increased density (up to +80 HU), alternating with areas of reduced density (up to +22 HU). The overall dimensions of this zone - 61x32 mm. The above picture is consistent with injury of brain type III.

Furthermore, subdurally In the left frontal parietal region, there is a hyperdense structure of increased density, up to 106 mm in length, up to 5 mm in thickness - subdural hematoma.

In the area of injury, there is a multi splintered fracture of the parietal bone with a slight displacement of fragments along the width of the bone toward the substance of the brain.

Median structures are shifted to the right up to 2- 2.5 mm.

The left lateral ventricle is compressed. The anterior horn of the left lateral ventricle is narrowed to 2 mm, the body - up to 4.5 mm, the posterior horn of the left lateral ventricle is not traced. The width of the third ventricle of the brain is up to 2 mm. Right lateral ventricle is not changed.

Cortical grooves of the left hemisphere of the brain are smoothed, the right is not expanded.

Cisternal liquor spaces are not expanded. The density of periventricular white matter on the right is normal. Against the backdrop of artifacts from bone structures, the brain stem and cerebellum appear unchanged. Cerebellopontine angles without abnormalities. Sellar area has no pathological changes. There is a comminuted fracture of the upper wall of the left orbit, with a displacement of fragments along the width of the bone into the orbit cavity. There is no data on damage to the eyeball. There is also a comminuted fracture of the medial wall of the orbit, with the displacement of the fragments into the cavity of the left frontal sinus, which is subtotally filled with hemorrhagic content (density up to +81 HU). Advantageously, the upper and middle cells of the ethmoid bone are filled with 2/3 contents of increased density (up to +40 HU). The nasal passages on both sides are also filled with contents of increased density with air bubbles. In single cells of the mastoid process (mainly on the left) there is an accumulation of contents. Nasogastric tube and tracheostomy tube are determined.



There is marked thickening and consolidation of soft tissues of the right parietal region, with dimensions 52x 7 mm. To the right of S1 / S2 there are sealing areas of the type of "frosted glass", the largest sizes up to 22x13 mm. These changes should be differentiated between infiltrative changes and haemorrhage sites. The rest of the focal and infiltrative changes in the lungs were not detected. In both pleural cavities, there is an accumulation of free liquid, the thickness of the layer on the right is up to 22 mm (approximate volume up to 60 ml), to the left - up to 15 mm (about 75 ml). Lung roots are structural. The intramammary lymph nodes are not enlarged. There are single axillary lymph nodes enlarged to 17x13 mm on the right and up to 20x7 mm on the left. Heart and trunk vessels without abnormalities. The liver is minimally enlarged in size (the vertical size of the right lobe of the liver is up to 173 mm), location normal. The density of the parenchyma diffusely reduced to 42 HU. Liver contours are clear and smooth. The spleen is of normal shape, enlarged in sizes up to 134x42 mm. Intra- and extrahepatic bile ducts are not dilated. The gallbladder is not enlarged, completely filled with high-density contents (up to 104 HU). The pancreas is compact in structure, with clear outline, of ordinary shape and size. Virsungov duct is not enlarged. Adrenal glands are of typical shape, without bulky formations. The kidneys location is normal, with a uniform development of the parenchyma. The tubular-pelvis system is not expanded. Lymph nodes of the abdominal cavity and retroperitoneal space are not enlarged. There is no effusion in the abdominal cavity. Trunk vessels without abnormalities. The structure of the skeleton is preserved.

Conclusion: CT scan - a picture of a third type brain injury of the left frontal-parietal region. Subdural hematoma of the left frontal parietal region. Multiple fractures of the left parietal bone. Splintered fractures of the upper and medial walls of the left orbit, with a cluster of hemorrhagic contents in the left frontal sinus and cells of the ethmoid bone. The area of compaction in S1 / S2 of the right lung should be differentiated between pulmonary hemorrhage and infiltrative changes. Double-sided hydrothorax. Hyperdense content of the gallbladder.

CT scan of the brain and sinuses of 5/7/11

Forced setup.

Compared with computer tomography data of May 2, 2011, there is a moderate negative dynamics associated with the increase of edema mainly in the convectional areas of the left parietal lobe from 22 mm to 28 mm across. In comparison with this, the density of previously detected hemorrhagic foci is markedly reduced. In the left frontal lobe, immediately below the edge of the trepanation zone, there is a single hemorrhagic focus of former size and structure. The small gas bubbles noted in the previous study in the area of bone defect (trepanation region) are practically not visualized. Compared with CT scan of 5/2/2011, the ventricles of the brain are somewhat enlarged, the temporal horns are more clearly defined. The width of the third ventricle increased from 4 mm to 7 mm. On the left side of the lateral ventricle, along with the posterior sections of the sickle, an elongated region with a density close to the liquid (on average +2.5 HU), up to 8 mm thick, possibly a hygroma, was traced. The bypass tank is differentiated, not deformed and not expanded. The median structures are not biased. In the deep sections of the right hemisphere of the brain above the right lateral ventricle, there is a sensor. In both maxillary sinuses, mainly in the lower regions, there are areas of polyposis thickening of the mucosa. Such uneven thickening of the mucosa is present in the right frontal and main sinuses, along with in the left part of the main sinus (separated by a bony septum from the right) there is a section resembling a liquid level. Mostly to the right, some of the cells of the trellis are filled with homogeneous contents. In the left frontal sinus against the background of fractures of its anterior wall and the upper medial wall of the left orbit, there is an inhomogeneous content, probably with an admixture of blood. In the left nasal passage, a nasopharyngeal probe is visualized. In the cells of the pyramids of both temporal bones, in the part of the cells of the mastoid processes and the drum cavity on both sides, there is a uniform content.

Conclusion: Moderate negative dynamics, mainly due to increasing edema in the left parietal region. CT picture most corresponds to ethmoiditis, sphenoiditis, mastoiditis, otitis, and tympanitis.

X-ray of the chest cavity in a direct projection as of 5/1/11:

On the digital X-ray scan of the chest in the direct projection (R-scan in the ward, lying down, under conditions of mechanical ventilation of the lungs) there is an intense homogenous darkening of the lower sections of the right pulmonary field without a clear visualization of the diaphragm and sinus cupola due to the presence of fluid in the pleural cavity with an approximate upper boundary along the anterior segment



of the 3rd rib, the contours of the left dome and sinuses against the background of a uniform reduction of transparency in the lower sections are "blurred". In the visible areas no focal formations were found, the pulmonary pattern was evenly strengthened. The roots of the lungs are not dilated, the structure of the roots is reduced. The right contour of the mediastinum is not traced.

Conclusion: There are signs of a two-way hydrothorax.

X-ray of the chest cavity in a direct projection as of 5/7/11:

On the digital X-ray scan of the chest in two projections compared to results of 5/7/11 there is no negative dynamics - the pulmonary fields are transparent. The pulmonary pattern is evenly strengthened. The roots are not expanded, the structure of the roots is preserved. Focal infiltrative formations are not revealed. The aperture location is normal, sinuses are free. The shadow of the mediastinum is not displaced, the boundaries of the shadow of the heart are within the norm.

Conclusion: Focal and infiltrative formations in the lungs are not revealed.

Esophagogastroduodenoscopy of 5/1/11

The endoscope is inserted into the esophagus. In the lumen of the esophagus, a nasogastric tube is visualized, the mucosa is pale pink, smooth. In the lumen of the stomach, there is a small amount of transparent liquid. The folds of ordinary height are well spread by air. Peristalsis sluggish, can be traced in all departments. The mucous membrane of the stomach is pale pink, smooth, over a large curvature along the tops of the folds there are individual small (1-2 mm) hemorrhagic erosions with blots of blood. The pylorus is close, elastic. The bulb of the duodenum is not deformed, its mucosa is pink, velvety. The lumen of the postbulbar part of the duodenum is normal, on the walls there is a foamy bile in a small amount, the mucosa is pink and velvety.

Conclusion: Single hemorrhagic erosions of the stomach. No signs of continued bleeding.

Tracheobronchoscopy of 5/1/11:

Patient under mechanical ventilation underwent fibro bronchoscopy. The endoscope through the endotracheal tube is held in the lumen of the trachea. The lumen of the endotracheal tube is free, the distal end is located 1 cm above the carina and rests against the membrane part of the trachea with a posterior circumference. The tube under the control of the endoscope is tightened and set midway 2.5 to 3.0 cm above the carina. The tracheal lumen is free, the mucosa is moderately hyperemic and edematous along the posterior wall. Carina of the trachea is acute, respiratory. The bronchial tree is inspected to the level of subsegmental bronchi on both sides. The lumen of the visible bronchi is preserved, the mouth is round in shape, the spurs are sharp, even, respiratory, the mucous is hyperemic, edematous. In the lumen on the right, there is a little amount of mucopurulent secretion liquid (mainly in the basal bronchi). In the lumen to the left, there is a little amount of mucopurulent secretion liquid, on the walls of the lower lobe bronchus, there is a little viscous purulent sputum. Performed sanitation with physiological solution 60.0. After aspiration of fluid, the lumen of the bronchial tree is free.

Conclusion: Bilateral endo bronchitis, 1-2 degrees of inflammation.

Tracheobronchoscopy of 5/20/11:

A bronchoscope is inserted through the mouth. The vocal cleft is wide, the vocal folds are mobile, completely closed, the larynx mucosa is moderately hyperemic, smooth. In the field of the tracheostomy, there are proliferations of granulations of varying degrees of maturity. The lumen of the trachea and larynx above the stoma is free. Tracheal lumen below the stoma is preserved. In the lumen and on the walls of the trachea, bronchi there is a small amount of mucous secretion, aspiration, the lumen is free. Mucous trachea below the stoma is unevenly hyperemic, edematous, along the posterior wall is unevenly covered with fibrin. Carina of the trachea is acute, respiratory, mucous, moderately hyperemic. The bronchial tree is inspected to the level of subsegmental bronchial tubes of both sides. The lumen of the visible bronchi is preserved, the mouth is round in shape, the spurs are somewhat enlarged, even, respiratory motile, bronchial mucosa moderately hyperemic, smooth. Flushing from the walls of the bronchial tree is taken.

Conclusion: Tracheostomy. Bilateral endo bronchitis, 1st degree of inflammation. The dynamics is positive. <Unknown abbreviation>

MRI of the brain of 5/13/11

Condition after traumatic brain injury and decompression craniotomy with replacement of defect by a bone-muscular flap. In the cortical sections of the left parietal lobe, there are consequences of the suffered craniocerebral trauma in the form of a zone of disturbed architectonics of the medulla with signs of hemorrhagic impregnation with dimensions about 5x5x2.5 cm covered by the dura mater.



Above the dura mater under the subcutaneous adipose tissue there is a congestion of a homogeneous liquid of about 150 ml. With the introduction of a contrast agent, the palsy enhancement of the MR signal from the brain substance is not noted. A moderate increase in the MR signal from the dura is more pronounced on the left. There are no other foci of pathological signal intensity in the brain substance. The system of the ventricles and liquor-containing spaces are not expanded. Displacements of median structures and other volumetric effects have not been revealed. Craniovertebral transition without singularities. Intraellar space is not changed.

Conclusion: MRI pattern of expressed post-traumatic changes in the left parietal area, MRI signs of meningitis.

Video-EEG of 5/5/11:

EEG of the drug-induced patient in the intensive care unit. EEG is represented by slow wave activity of delta and theta ranges, however, the alpha-rhythm is periodically broken by short episodes in 0.5-1 minute. Epileptiform activity is not detected. Interhemispheric asymmetry is also not detected.

Color duplex scanning of veins of the lower limbs: The permeability of the deep veins of the lower limbs and subcutaneous veins on both sides is preserved.

Sighting radiography of hand fingers: Multifragmentary fracture of the distal epiphysis of the middle phalanx and the base of the distal phalanx, marginal fracture of the base of the proximal phalanx of the 3rd finger on the right hand.

ENT consultation: acute post-traumatic ruptured left-sided otitis.

Surgeon of 6/1/11: removed the needle from the middle and distal phalanges of the 3rd finger on the right hand.

Maxillofacial surgeon consultation: Dysfunction of the lower jaw joint on the right. Recommended: protected environment, consultation of the maxillofacial surgeon in case of pain syndrome, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Treatment:

Operation performed 4/30/2011: installation of the parenchymal intracranial pressure sensor on the right and microdialysis catheters on two sides (pain relief: combined endotracheal anesthesia)

Operation performed 4/30/2011: Decompressive hemicraniectomy, removal of acute subdural hematoma on the left (pain relief: combined zidotracheal anesthesia).

Tracheostomy performed 5/30/2011.

The course of the postoperative period was complicated by bacterial meningoencephalitis, pneumonia. Massive infusion, antibacterial therapy was performed. The condition improved, meningoentsefalit resolved, the patient is hemodynamically stable, conscious, there is a regression of motor disorders, mild dysarthria remains, hemodynamic parameters are stable: arterial pressure 120/70 mm Hg, pulse 74 per minute, rhythmic, fully self serves, the neurological deficit has regressed, discharged in a relatively satisfactory condition.

Gliatilin intravenously, Scream subcutaneously, Diflucane, Finlepsin, Ultop, exercise therapy, physiotherapy, speech therapist consultation

Recommended:

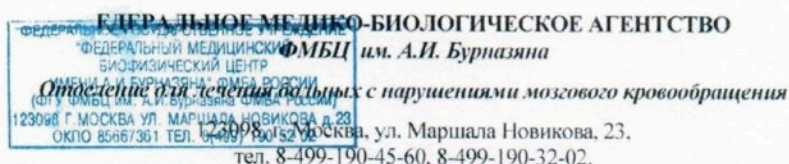
1. Continue rehabilitation in the Central Rehabilitation Hospital "Goluboe"
2. Speech therapist consultation in the center of speech pathology
3. Weekly surgeon consultation within 1 month
4. Neurosurgeon consultation in 6 months to resolve the issue of cranioplasty
5. Continue receiving: Finlepsin - 200 mg 2 times a day, Ultop - 20 mg in the evening

Deputy Chief Medical Officer

Head of the department for patients
with acute impairment of cerebral circulation:

Therapist:

<Signature> N. Amosova, PhD
MOSCOW,
Federal State institution
Federal Medical Biophysical Center
named after A. Burnazyan
<Signature> N. Shevchenko
87746355498,
For sick leaves
<Signature> E. Korneeva

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 2635**

Пациент *Селезнев Р.В., 1984 г.р.*, находился в отделении нейрохирургии с 30.04.2011г по 20.05.2011г, в отделении сосудистой неврологии с 20.05 по 21.06.11 г.

Диагноз: Тяжелая сочетанная травма. Тяжелая краниофациальная травма. Открытый вдавленный перелом левой височной кости. Пластинчатая субдуральная гематома слева. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Перелом наружной стенки левой лобной пазухи и края орбиты. Гематосинус. Ушиб грудной клетки. Ушиб брюшной полости без повреждения внутренних органов. Открытый перелом дистальной фаланги 3-го пальца правой кисти. Ушибленные раны волосистой части головы, лица, конечностей.

Состояние после установки паренхиматозного датчика ВЧД справа, и катетеров микродиализа с двух сторон от 30.04.2011 г., декомпрессивной гемикраниотомии, удаление острой субдуральной гематомы слева от 30.04.2011г., трахеостомии от 03.05.11 г.

Шифр МКБ: S06.31.

При поступлении жалобы: по тяжести состояния не предъявляет.

История заболевания: Пострадал во время взрыва в кафе г. Марракеш (Марокко) 28.04.2011 около 11:00. После взрыва находился под завалами мебели и обломков стены. Без сознания доставлен в больницу, где произведена ПХО ран, переведен на ИВЛ через интубационную трубку. Произведено КТ головного мозга, грудной и брюшной полости. Осмотрен нейрохирургом - показаний к операции нет. Санитарным самолётом в сопровождении реаниматолога, нейрохирурга доставлен в реанимационное отделение ФМБЦ им.А.И.Бурназяна. Состояние за время транспортировки стабильное.

История жизни: Хронические заболевания отрицает

Объективный статус: состояние крайне тяжелое. Положение пассивное. Обычного питания. Кожные покровы бледные, сухие. АД = 120 / 80 мм.рт.ст. PS = 78 ударов в мин., ритмичный. ИВЛ через трахеостомическую трубку, везикулярное, проводится во все отделы. Хрипы не выслушиваются. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Неврологический статус: Уровень сознания: сопор - кома I (мед.седация). Речевому контакту не доступен. Вне седации психомоторное возбуждение. Активные движения во всех конечностях.

Зрачки S = D, обычного размера. Фотореакция сохранена, симметрична. Корнеальный рефлекс сохранен, симметричен. Лицо симметричное. Менингеальных знаков нет. Убедительных парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы без четкой разницы сторон. Мышечный тонус без четкой разницы сторон. Патологических стопных знаков нет.

Местные изменения: Параорбитальная гематома слева, ушибленные раны левой височной и затылочной областей длиной до 4 см, края осаднённые, гиперемизированные, ушитые узловыми швами. Отёк левой височной области. Ушибленные раны области левого плечевого сустава, левой брови. Ушибленная рана дистальной фаланги 3-го пальца правой кисти ушитая узловыми швами.

Обследования на догоспитальном этапе: На КТ головного мозга имеется вдавленный оскольчатый перелом левой височной кости с импрессией отломков менее толщины кости, пластинчатая субдуральная гематома слева малого объёма, ушиб левой височной доли 2-3 вида. Перелом наружной стенки левой лобной пазухи, гематосинус.

Обследования:

Общий анализ крови (30.04.11г): лейкоц. 9.2; эритроц. 3.3 Hb 99, тромбоц. 143, гр-86.5%, лимф 9.3%.

в динамике (01.05.11г по 09.05.11г): лейкоц. 19.3; эритроц. 3.3 Hb 95, тромбоц. 384, гр-82.9%, лимф 11.6%.

в динамике (10.05.11г по 19.05.11г): лейкоц. 8.6; эритроц. 3.5, Hb 102, тромбоц. 536, гр-61.5%, лимф 29.4%.

Общий анализ крови (16.06.11г): лейкоц. 5.3; эритроц. 3.96 Hb 120, тромбоц. 193, п 0.2, с 41.3, СОЭ 8.

Исследование крови на наличие резус-фактора и резус антител (30.04.11г): группа крови В (III)-третья. Rh- положительная. Kell- отрицательная.

Коагулограмма (30.04.11г): АПТВ 40.3, ПТИ 56.3, МНО 1.39, ТВ 13.3, фибриноген 3.4.

в динамике (01.05.11 г-09.05.11г): АПТВ 37.9, ПТИ 79.2, ТВ 14.4, МНО 1.13, фибриноген 8.3.

в динамике (10.05.11 - 18.05.11): АПТВ 35, ПТИ 68.3, ТВ 15.7, МНО 1.23, фибриноген 4.9.
Анализ мочи (03.05.11): креатинин 16.63 ммоль/л, мочевины 359.52 ммоль/л, осмолярность 376 ммоль/л, диурез за сутки 11.2 литров, кальций 23.63 ммоль/л, натрий 1374.2 ммоль/л, калий 149.1 ммоль/л
в динамике (10.05.11): креатинин 10.4 ммоль/л, мочевины 749.4 ммоль/л, диурез за сутки 3 литра.
Общий анализ мочи (16.06.11): относительная плотность 1020, pH 6.5, лейкоциты 5-7.

Биохимический анализ крови (30.04.11): общий белок 46.4, альбумин 27.9, глюкоза 6.1, мочевины 1.6, креатинин 77, общ билирубин 13.0, прямой билирубин 6.0, АЛТ 15.5, АСТ 20.6, ЛДГ 301, общ амилаза 92, ЛПНП 1.71, КФК 381, КФК-МВ 4.7, щелочная фосфатаза 24, К 3.6, Na 146.

в динамике (01.05.11 - 09.05.11): общий белок 72.5, альбумин 35.5, мочевины 6.7, креатинин 74, общ билирубин 9.2, общая амилаза 269, ГГТ 318, щелочная фосфатаза 71, СРБ 134.6, К 4.23, Na 142.5

в динамике (10.05.11 - 18.05.11): общий белок 77.5, мочевины 5.9, креатинин 73, общ билирубин 9.7, АЛТ 124.9, АСТ 37.2, СРБ 37.2, К 4.24, Na 146.6

Биохимический анализ крови (16.06.11): общий белок 59, мочевины 2.6, креатинин 75.8, холестерин 4.93, общ билирубин 4.3, АЛТ 15.2, АСТ 12.6.

Коагулограмма (16.06.11): АПТВ 33, ПТИ 97, МНО 1.01, ТВ 17, фибриноген 2.1, РФМК 3.5.

RW, Ам к ВИЧ - отрицательные

HbsAg, anti-HCV-IgM, IgG (06.05.11): обнаружено.

HbsAg обнаружено, anti-HCV-IgM, IgG (30.05.11): не обнаружено.

Анализ спинно-мозговой жидкости (07.05.11): слегка желтый прозрачный, цитоз 2443200/3 в 1 мкл, белок 12.9 г/л, глюкоза 0.1 ммоль/л, эозинофилы 99%, натрий 161.5 ммоль/л, калий 3.2 ммоль/л, хлор 123 ммоль/л.

В динамике (08.05.11 - 19.05.11): бесцветный прозрачный, цитоз 20/3 в 1 мкл, белок 0.66 г/л, глюкоза 1.7 ммоль/л, лимфоциты 18%, нейтрофилы 2%.

Кровь от 12.05.11: 32 анаэроба (Pasteurella aerogenus), 33 аэроба (Acinetobacter species), 34 гриба /

Моча от 13.05.11: микрофлора не обнаружена

Промывные воды бронхов от 17.05.11: Acinetobacter baumannii 10⁸

Ликвор от 16.05.11: микрофлора не обнаружена.

ЭКГ от 23.05.11 г.: синусовый ритм 70 в минуту, рисунок ЭКГ в пределах нормы.

МСКТ головного мозга, органов грудной и брюшной полостей от 30.04.11:

В левой лобно-теменной области определяется патологическая зона вытянутой формы, неоднородной плотности, представленная участками повышенной плотности (до +80 HU), чередующаяся с участками пониженной плотности (до +22 HU). Общие размеры данной зоны - 61x32 мм. Описанная картина соответствует ушибу головного мозга III типа.

Кроме того, субдурально в левой лобно-теменной области определяется гиперденсная структура повышенной плотности, протяженностью до 106 мм, толщиной до 5 мм - субдуральная гематома.

В области зоны ушиба головного мозга отмечается многооскольчатый перелом теменной кости с незначительным смещением отломков по ширине кости в сторону вещества головного мозга.

Срединные структуры смещены вправо до 2-2.5 мм.

Левый боковой желудочек компримирован. Передний рог левого бокового желудочка сужен до 2 мм, тело - до 4.5 мм, задний рог левого бокового желудочка не прослеживается. Ширина III желудочка головного мозга - до 2 мм. Правый боковой желудочек не изменен.

Кортикальные борозды левого полушария головного мозга сглажены, правого

не расширены. Цистернальные ликворные пространства не расширены. Плотность перивентрикулярного белого вещества справа нормальная. На фоне артефактов от костных структур, ствол мозга и мозжечок представляются неизмененными. Мостомозжечковые углы без особенностей. Селлярная область без патологических изменений. Отмечается оскольчатый перелом верхней стенки левой орбиты, со смещением отломков по ширине кости в полость орбиты. Данных за повреждение глазного яблока не получено. Также отмечен оскольчатый перелом медиальной стенки орбиты, со смещением отломков в полость левой лобной пазухи, которая субтотально заполнена содержимым геморагического характера (плотностью до +81 HU). Преимущественно верхние и средние клетки решетчатой кости на 2/3 заполнены содержимым повышенной плотности (до +40 HU). Носовые ходы с обеих стороны также заполнены содержимым повышенной плотности с пузырьками воздуха. В единичных клетках сосцевидного отростка (преимущественно слева) отмечено скопление содержимого. Определяются назогастральный зонд и трахеостомическая трубка.

Отмечается выраженное утолщение и уплотнение мягких тканей правой теменной области, размерами 52х17 мм. Справа в S1/S2 определяются участки уплотнения по типу «матового стекла», наибольшими размерами до 22х13 мм. Данные изменения следует дифференцировать между инфильтративными изменениями и участками гемоража. На остальном протяжении очаговых и инфильтративных изменений в лёгких не выявлено. В обеих плевральных полостях определяется скопление свободной жидкости, толщиной слоя справа до 22 мм (приблизительным объёмом до 60 мл), слева - до 15 мм (около 75 мл). Корни лёгких структурные. Внутригрудные лимфатические узлы не увеличены. Отмечаются единичные увеличенные до 17х13 мм справа и до 20х7 мм слева подмышечные лимфоузлы. Сердце и магистральные сосуды без особенностей. Печень обычно расположена, минимально увеличена в размерах (вертикальный размер правой доли печени до 173 мм). Плотность паренхимы диффузно понижена до 42 НУ. Контуры печени четкие ровные. Селезенка обычной формы, увеличена в размерах до 134х42 мм. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, полностью заполнен содержимым высокой плотности (до 104 НУ). Поджелудочная железа компактного строения, с четкими очертаниями, обычной формы и размеров. Вирсунгов проток не расширен. Надпочечники типичной формы, без объемных образований. Почки обычно расположены, с равномерным развитием паренхимы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены. Выпот в брюшной полости нет. Магистральные сосуды без особенностей. Структура скелета сохранена

Заключение: *КТ-картина ушиба головного мозга III типа левой лобно-теменной области. Субдуральная гематома левой лобно-теменной области. Многооскольчатые переломы левой теменной кости. Оскольчатые переломы верхней и медиальной стенок левой глазницы, со скоплением геморрагического содержимого в левой лобной пазухе и клетках решетчатой кости. Участок уплотнения в S1/S2 правого лёгкого следует дифференцировать между лёгочным геморажем и инфильтративными изменениями. Двусторонний гидроторакс. Гиперденсное содержимое желчного пузыря.*

КТ головного мозга и околоносовых пазух от 07.05.11г

Вынужденная укладка.

По сравнению с КТ-данными исследования от 2.05.2011г отмечается умеренная отрицательная динамика, связанная с нарастающим отеком головного мозга в конвексальных отделах левой теменной доли с 22 мм до 28 мм в поперечнике. На фоне этого плотность ранее выявленных геморрагических очагов заметно снижена. В левой лобной доле непосредственно под краем зоны трепанации сохраняется единичный геморрагический очаг прежних размеров и структуры. Мелкие пузырьки газа отмеченные в предыдущем исследовании в области костного дефекта (область трепанации) практически не визуализируются. В сравнении с данными КТ - исследования от 2.05.2011г желудочки мозга представляются несколько расширенными, височные рога определяются более отчетливо. Ширина III желудочка увеличилась с 4 мм до 7 мм. Слева позади бокового желудочка вдоль задних отделов серпа стал проследиваться вытянутый участок с плотностью близкой к жидкости (в среднем +2,5 НУ), толщиной до 8 мм, возможно гигрома. Обводная цистерна дифференцируется, не деформирована и не расширена. Срединные структуры не смещены. В глубинных отделах правого полушария головного мозга над правым боковым желудочком располагается датчик. В обеих верхнечелюстных пазухах преимущественно в нижних отделах отмечаются участки полипозного утолщения слизистой. Подобные неравномерные утолщения слизистой отмечаются в правой лобной и основной пазухах, вместе с этим в левой части основной пазухи (отделенной костной перегородкой от правой) определяется участок напоминающий уровень жидкости. Главным образом справа часть ячеек решетчатой кости заполнено однородным содержимым. В левой лобной пазухе на фоне переломов ее передней стенки и верхнемедиальной стенки левой орбиты, определяется неоднородное содержимое, вероятно с примесью крови. В левом носовом ходе визуализируется назофарингеальный зонд. В ячейках пирамид обеих височных костей, в части ячеек сосцевидных отростков и барабанной полости с обеих сторон определяется однородное содержимое.

Заключение: *Умеренная отрицательная динамика, преимущественно за счет нарастающего отека в левой теменной области. КТ - картина наиболее отвечает этмоидиту, сфеноидиту, мастоидиту, отиту и тимпаниту.*

Рентгенография органов грудной полости в прямой проекции от 01.05.11г:

На цифровой рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции (R - снимок в палате, положение лежа, в условиях ИВЛ) определяется интенсивное гомогенное затемнение нижних отделов правого легочного поля без отчетливой визуализации купола диафрагмы и синусов за счет наличия жидкости в плевральной полости с ориентировочной верхней границей по переднему отрезку 3 ребра, контуры левого

купола и синусы на фоне равномерного снижения прозрачности в нижних отделах "размытые". В виде отделов очаговых образований не обнаружено, легочный рисунок равномерно усилен. Корни легких расширены, структура корней снижена. Правый контур средостения не прослеживается.

Заключение: Признаки 2-стороннего гидроторакса.

Рентгенография органов грудной полости в прямой проекции от 07.05.11г:

На цифровых контрольных рентгенограммах органов грудной клетки в двух проекциях в сравнении с данными от 07.05.11 без отрицательной динамики - легочные поля прозрачные. Легочный рисунок равномерно усилен. Корни не расширены, структура корней сохранена. Очаговых инфильтративных образований не выявлено. Диафрагма обычно расположена, синусы свободны. Тень средостения не смещена, границы тени сердца в пределах нормы.

Заключение: Очаговых и инфильтративных образований в легких не выявлено.

ЭФГДС от 01.05.11г

Эндоскоп введен в пищевод. В просвете пищевода визуализируется назогастральный зонд, слизистая бледно-розовая, гладкая. В просвете желудка немного прозрачной жидкости. Складки обычной высоты, хорошо расправляются воздухом. Перистальтика вялая, прослеживается во всех отделах. Слизистая желудка бледно-розовая, гладкая, по большой кривизне по вершинам складок видны единичные мелкие (1-2мм) геморрагические эрозии с помарками крови. Привратник сомкнут, эластичен. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, слизистая ее розовая, бархатистая. Просвет постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки без особенностей, на стенках пенная желчь в небольшом количестве, слизистая розовая, бархатистая.

Заключение: Единичные геморрагические эрозии желудка. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

Трахеобронхоскопия от 01.05.11г

Больному, находящемуся на ИВЛ, выполнена ФБС. Эндоскоп через интубационную трубку проведен в просвет трахеи. Просвет интубационной трубки свободен, дистальный конец расположен на 1 см выше карины, упираясь в мембранозную часть трахеи задней окружностью. Трубка под контролем эндоскопа подтянута и установлена срединно на 2.5-3.0см выше карины. Просвет трахеи свободен, слизистая умеренно гиперемирована, по задней стенке отечна. Карина трахеи острая, дыхательно подвижная. Бронхиальное дерево осмотрено до уровня субсегментарных бронхов с обеих сторон. Просвет видимых бронхов сохранен, устья округлой формы, шпоры острые, ровные, дыхательно подвижные, слизистая гиперемирована, отечна. Справа в просвете немного жидкого слизисто-гнойного секрета (преимущественно в базальных бронхах). Слева в просвете немного жидкого слизисто-гнойного секрета, на стенках нижнедолевого бронха немного вязкой гнойной мокроты. Выполнена санация физ. р-ром 60,0. После аспирации жидкости просвет бронхиального дерева свободен.

Заключение: Двусторонний эндобронхит 1-2 степени воспаления.

Трахеобронхоскопия от 20.05.11г:

Бронхоскоп введен через рот. Голосовая щель широкая, голосовые складки подвижны, смыкаются полностью, слизистая гортани умеренно гиперемирована, гладкая. В области трахеостомы определяются разрастания грануляций различной степени зрелости. Просвет трахеи и гортани выше стромы свободен. Просвет трахей ниже стомы сохранен. В просвете и на стенках трахеи, бронхов небольшое количество слизисто секрета, аспирация, просвет свободен. Слизистая трахеи ниже стомы неравномерно гиперемирована, отечна, по задней стенке неравномерно покрыта налетом фибрина. Карина трахеи острая, дыхательно подвижная, слизистая ее умеренно гиперемирована. Бронхиальное дерево осмотрено до уровня субсегментарных бронхов с обеих сторон. Просвет видимых бронхов сохранен, устья округлой формы, шпоры несколько расширены, ровные, дыхательно подвижные, слизистая бронхов умеренно гиперемирована, гладкая. Взяты смывы со стенок бронхиального дерева.

Заключение: Трахеостома. Двусторонний эндобронхит 1 ст. Воспаления. Динамика положительная. СМЫВ.

MPT-исследование головного мозга от 13.05.11г

Состояние после ЧМТ и декомпрессионной краниотомии с замещением дефекта костно-мышечным лоскутом. В кортикальных отделах левой теменной доле определяются последствия перенесенной ЧМТ в виде зоны нарушенной архитектоники мозгового вещества с признаками геморрагического пропитывания размерами около 5х5х2,5 см, прикрытой твердой мозговой оболочкой. Над ТМО под подкожной жировой

клетчаткой определяется скопление однородной жидкости объемом около 150 мл. При введении контрастного вещества патологического усиления МР-сигнала от вещества головного мозга не отмечается. Определяется умеренное усиление МР-сигнала от ТМО больше выраженное слева. Других очагов патологической интенсивности сигнала в веществе головного мозга не наблюдается. Система желудочков и ликворосодержащие пространства не расширены. Смещения срединных структур и других объемных воздействий не выявлено. Краниовертебральный переход без особенностей. Интраеллярное пространство не изменено.

Заключение: МР-картина выраженных посттравматических изменений в левой теменной МР-признаки менингита.

Видео-ЭЭГ от 05.05.11г:

ЭЭГ регистрация пациента в условиях медикаментозного сна, в условиях реанимационного отделения. ЭЭГ представлена медленно волновой активностью дельта и тета диапазонов, однако периодически пробивается альфа-ритм короткими эпизодами в пол-одну минуту. Эпилептиформная активность не выявляется. Межполушарная асимметрия также не фиксируется.

Цветовое дуплексное сканирование вен нижних конечностей: проходимость глубоких вен нижних конечностей и подкожных вен с обеих сторон сохранена.

Прицельная рентгенография пальцев кистей: многооскольчатый перелом дистального эпифиза средней фаланги и основания дистальной фаланги, краевой перелом основания проксимальной фаланги III пальца правой кисти.

Консультация ЛОР: острый посттравматический левосторонний перфоративный отит.

Хирург от 01.06.11 г.: удалена спица из средней и дистальной фаланг III пальца правой кисти.

Консультация ЧЛХ: дисфункция нижнечелюстного сустава справа. Рекомендовано: охранительный режим, при возникновении болевого синдрома – консультация ЧЛХ, НПВС

Лечение:

30.04.2011 произведена операция: Установка паренхиматозного датчика ВЧД справа, и катетеров микродренажа с двух сторон. (Обезболивание: КЭТН)

30.04.2011 произведена операция: Декомпрессивная гемикраниотомия, удаление острой субдуральной гематомы слева. (Обезболивание: Комбинированный эндотрахеальный наркоз)

3.05.2011 произведена трахеостомия

Течение послеоперационного периода осложнилось бактериальным менингоэнцефалитом, пневмонией. Проводилась массивная инфузионная, антибактериальная терапия. На фоне проводимого лечения состояние состояние улучшилось, менингоэнцефалит разрешился, большой гемодинамически стабилен, в сознании, отмечается регресс двигательных нарушений, сохраняется легкая дизартрия, гемодинамические показатели стабильные АД 120/70 мм рт.ст., пульс 74 в минуту, ритмичный, полностью себя обслуживает, неврологический дефицит регрессировал, выписывается в относительно удовлетворительном состоянии,

в/в: глиатилин, п/к: клексин, внутрь: дифлюкан, финлепсин, ультоп, ЛФК, ФТЛ, логонед

Рекомендовано:

1. Продолжить реабилитацию в условиях центральной больницы восстановительного лечения «Голубое»
2. Консультация логопеда в центре патологии речи
3. Еженедельная консультация врача – хирурга в течение 1 месяца
4. Консультация нейрохирурга через 6 месяцев с целью решения вопроса о краниопластике
5. Продолжить прием:

Финлепсин 200 мг 2 раза в день

Ультоп 20 мг вечер

Зам. главного врача по лечебной работе:

Зав. отделением для больных с ОНМК:

Лечащий врач:

к. м. н. Амосова Н.А.

Шавченко Н.С.

Корнеева Е.Б.





Affidavit of translation accuracy

I, Viktor Kouropatkine, Translation Manager of Foreign Documents, Ltd, Corporate Member of American Translators Association, with principal office at 123 Seventh Avenue, Suite 175, Brooklyn, NY 11215, USA hereby affirm that the attached document is a verbatim, true and faithful translation of the annexed text; I further affirm that this translation was performed by professional translators suitably qualified and competent to translate documents from/to the languages specified below.

Document: **Discharge Summary No. 2635, Russia**
Source language: **Russian**
Target language: **English**

This translation can be verified at <http://doctranslation.com/verify>.

For requests, please contact Customer Service

by phone: 1.646.233.3439
by e-mail: doctranslation.wbdg@gmail.com
web-site: <http://doctranslation.com>

Signature: V. Kouropatkine

