

NUM.HIST: 21103 NOMBRE: ARTEM
APELLIDOS: BIKCHURIN
FECHA NAC: 31-10-1989 EDAD: 30
POBLACIÓN:
SEXO: H

Badalona, 15 de enero de 2020

INFORME SOBRE EL ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE

MOTIVO DE ASISTENCIA:

Paciente de 30 años de edad, procedente de Rusia con secuelas de un TCE grave (octubre de 2015) que acude a realizar tratamiento a Guttman NeuroPersonalClínic (GNPC) en frecuencia diaria, realizando fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia.

ESTADO FÍSICO:

- Consciente, orientado en persona, en espacio y en tiempo.
- Balance muscular en Extremidad superior derecha-Extremidad inferior derecha: 5 y Extremidad superior izquierda: 4 y Extremidad inferior izquierda: 4+
- Presenta aumento de la espasticidad en ambas extremidades inferiores, Izquierda>Derecha
- Presenta dolor de características neuropáticas en hemicuerpo izquierdo, 8-9 según escala numérica, dolor mecánico ESI a partir de 160º de flexión
- Capaz de bipedestar con soporte externo y mantenerse de pie.
- Capaz de voltear y pasar de suelo a bipedestación con soporte externo.
- Se desplaza por terreno llano con 2 bastones de trekking.
- Realiza marcha con supervisión de tercera persona.
- Conductualmente muestra apatía, falta de interés, reiteradamente manifiesta cansancio y dolor en ESI ante la realización de actividad.

NIVEL FUNCIONAL:

- En bipedestación; actitud de flexión anterior de tronco, incapaz de enderezarse, con extremidad inferior izquierda por delante de extremidad inferior derecha. Extremidad inferior sin carga durante de la bipedestación, presentando pie equino reductible del mismo. Posee Dyna-ankle de propiedad que precisa para poder realizar el paso correctamente. Presenta aumento de la base de sustentación, siendo capaz de sostenerse sin soporte externo en triple flexión.
- En sedestación; paciente con actitud cifótica, con cabeza en flexión. Capaz de mantenerse sin soporte externo.
- EESS, conserva movimientos analíticos

NUM.HIST: **21103** NOMBRE: **ARTEM**
APELLIDOS: **BIKCHURIN**
FECHA NAC: **31-10-1989** EDAD: **30**
POBLACIÓN:
SEXO: **H**

LOCOMOCIÓN

Presenta empeoramiento funcional de la marcha desde hace 4 meses. Actualmente realiza marcha supervisada con Dyna-ankle en pie izquierdo y dos bastones de trekking. Marcha en triple flexión, con aumento de la base de sustentación, siendo incapaz de realizar extensión de rodilla derecha durante la fase de apoyo de esta. El incapaz de realizar extensión de cadera durante la fase de apoyo de esta. Presenta rotación izquierda de tronco durante la fase de balanceo.

INTERVENCIÓN DEL GNPC:

- Hidroterapia (2/semana): potenciación global, movilidad en los 3 planos del espacio, equilibrio en bipedestación y marcha, así como estilo básico natación, buceo desde la superficie.
- Deambulación: se entrena marcha con distintos espacios. Subir/bajar escaleras, aumento de la distancia para mejora de resistencia. Circuitos con terrenos irregulares para mejora de la propiocepción y equilibrio. Entrenamiento en sistemas electromecánicos (Lokomat® Motek®) con estímulos visuales y auditivos con distintos retos.
- Trabajo en sala: potenciación analítica y global, equilibrio en bipedestación con distintos soportes pélvicos y de tronco, cambios de posición en distintos decúbitos.
- T.O: potenciación del equilibrio tanto en bipedestación como en sedestación (trabajo en pelota, cambio de superficies), facilitación de posiciones tanto estáticas como dinámicas; cambios posturales, sedestación-bipedestación y viceversa, trabajo en el suelo, sedestación lateral, paso a cuadrupedia, giros laterales, ... Integración del hemicuerpo izquierdo en las actividades funcionales, trabajo bimanual, incentiación de la movilidad de la extremidad superior izquierda. Trabajo cognitivo; atención, secuenciación y planificación.

RECOMENDACIONES AL PACIENTE:

Dada el proceso actual de estancamiento incluso de pérdida de funcionalidad, consideramos importante valoración médica para revisar medicación.

Artem viene a las sesiones desmotivado, se muestra y manifiesta cansancio de forma reiterada, ha empeorado tanto la posición en bipedestación como en sedestación (con un aumento de la flexión de tronco y cabeza), realiza menos carga en la extremidad inferior izquierda necesitando constantemente estímulo para corregir.... Debido al empeoramiento general motor, desánimo y saturación del paciente en cuanto a ejercicios propuestos, se considera la idoneidad de visita médica para valorar medicación y neuropsicología.

Valoración neuropsicológica y posible intervención para mejorar su conducta y motivación.


NUM.HIST: 21103 NOMBRE: ARTEM
APELLIDOS: BIKCHURIN
FECHA NAC: 31-10-1989 EDAD: 30
POBLACIÓN:
SEXO: H

Sr. Albert Calsada Gómez
Fisioterapeuta
Núm. Col.: 5971

Sr. Bruno Madirolas Alonso
Fisioterapeuta
Núm. Col.: 6321

Sra. Olga Grané Trabal
Terapeuta ocupacional
Núm. Col.: 398

Validado por:


Sr. Manel Ochoa Jufre
Fisioterapeuta
Núm. Col.: 5993

Documento firmado electrónicamente

Пациент Бикчурин А.Э., 1989 г.р., находится на стационарном лечении в отделении ранней нейрореабилитации ГАУЗ ГKB №7 с 17.01.15 с **диагнозом:** Промежуточный период ушиба головного мозга тяжелой степени, осложненного массивным субарахноидальным кровоизлиянием, очагами ушиба с геморрагическим пропитыванием в проекции лобных и теменных долей в форме неравномерно-выраженного спастического тетрапареза, грубее в ногах, нарушения функций тазовых органов по типу недержания мочи и кала. Посттравматический дефект черепа в проекции лобных долей. Состояние после вентрикулостомии в точке Кохера справа, наружного дренирования переднего рога правого бокового желудочка от 29.10.15. Состояние после пластики дефекта ТМО основания левого и правого лобных долей от 09.11.15. Состояние после вентрикулоперитонеального шунтирования из левого бокового желудочка в правую подвздошную область программированного шунта В-Враун от 02.12.15.

Трахеостомия. Функционирующая гастростома.

Анемия средней степени тяжести, сложного генеза.

Хронический конъюнктивит обеих глаз, стадия ремиссии. Эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы обоих глаз. Ангиопатия сетчатки.

Нейрогенный мочевой пузырь по гипорефлекторному типу. Недержание мочи.

История заболевания: Со слов врача скорой медицинской помощи 03.10.15, около 04:45 будучи пассажиром попал в ДТП (9 столкновение со столбом) на улице Марселя Салимжанова. Доставлен в ПДО ГАУЗ ГKB №7 в тяжелом состоянии. Госпитализирован в ОРИТ нейрохирургии. 03.10.15 проведена операция: ПХО открытого проникающего вдавленного перелома лобной кости. 12.10.15. Ревизия послеоперационной раны, дренирование. 29.10.15. Вентрикулостомия в точке Кохера справа. Наружное дренирование переднего рога бокового желудочка. 25.11.15. МРТ признаки обширной зоны ишемических изменений продолговатого и спинного мозга. 09.11.15. Пластика дефекта ТМО основания левого и правого лобных долей. 02.12.15. Вентрикулоперитонеальное шунтирование из левого бокового желудочка в правую подвздошную область программированного шунта В-Враун. 11.12.15 Наружное дренирование правого бокового желудочка. 17.12.15. Коррекция ВПШ под контролем УЗИ. На РКТ головного мозга (послеоперационный контроль) отмечается положительная динамика. Переведен в отделение ранней нейрореабилитации для прохождения курса 2 этапа медицинской реабилитации.

Неврологический статус при поступлении: Состояние малого сознания. На вопросы не отвечает, команды не выполняет. Периодически выполняет спонтанные движения конечностями. Зрачки S=D. Глазные щели S<D. Фотореакция слева снижены, справа обычной живости. Хаотичное движение глазных яблок. Взгляд не фиксирует. Лицо гипомимичное, асимметричное в виду дефекта лицевого скелета. Глотание нарушено. Глоточные рефлексы не вызываются. Питание через гастростому. Периодически возникает оромандибулярный гиперкинез. Язык по средней линии в полости рта. На сильные болевые раздражители реагирует двигательной активностью: сгибанием и приведением нижних конечностей. В функциональных пробах конечности не удерживает, опускает сразу. Тонус мышц повышен – спастический, более выражен в ногах. Оценка по шкале Ашфорт-5. Проприо-, периостальные рефлексы D<S высокие, с расширением зон. Патологические знаки «+». ПНП, ПКП не выполняет. В позе Ромберга не стоит. Менингеальные знаки отрицательные. Мочеиспускание, стул в памперс, функцию тазовых органов не контролирует.

Больной лежит в постели, периодически открывает глаза на внешние раздражители. Самостоятельно в постели не переворачивается. Не сидит. Голову не удерживает. Нуждается в постоянном постороннем уходе.

На 18.02.16. состояние пациента удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Дыхание через трахеостому. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 92 в минуту. АД 105/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Функционирующая гастростома.

Неврологический статус на 18.02.16.: Состояние малого сознания. На вопросы не отвечает, команды не выполняет. Периодически выполняет нецеленаправленные, спонтанные движения конечностями. Зрачки S=D. Глазные щели S<D. Фотореакция слева снижены, справа обычной живости. Хаотичное движение глазных яблок. Периодически на громкие звуковые раздражители фиксирует взгляд на несколько секунд. Лицо гипомимичное, асимметричное в виду дефекта лицевого скелета. Глотание нарушено. Глоточные рефлексы резко снижены. Глокает 2-3 ложки киселя. Питание через гастростому. Редкий оромандибулярный гиперкинез. Язык по средней линии в полости рта. На сильные болевые раздражители реагирует двигательной активностью: поворотом головы, сгибанием и приведением нижних конечностей. В функциональных пробах конечности не удерживает, опускает сразу. Тонус мышц повышен по пирамидному типу, спастический в левой ноге. Оценка по шкале Ашфорт-4. Проприо-, периостальные рефлексы D<S высокие, с расширением зон. Патологические знаки «+». ПНП, ПКП не выполняет. В позе Ромберга не стоит. Менингеальные знаки отрицательные. Мочеиспускание, стул в памперс, функцию тазовых органов не контролирует.

За время нахождения в отделении больной стал фиксировать взгляд на несколько секунд, открывать глаза на внешние раздражители, на громкие отклики. Присаживаться с помощью ухаживающих. Сидеть свесив ноги на кресле-качалке, с поддержкой в течении 40 минут, 2 раза в день. Голову не удерживает. Нуждается в постоянном постороннем уходе.

За время нахождения в отделении ранней нейрореабилитации пациент получал **лечение:** Цитофлавин, мексидол, церебролизин, церекард, аскорбиновая кислота, витамины гр. В, мидокалм, фраксипарин, феррумлек, сорбифер дурулес, нитроглицерин, омник, цефтриаксон, азитромицин, эритромицин, кагоцел, кеторол; Nutricomp braun, standart; дыхательная гимнастика, лечебная физкультура (пассивно-активная гимнастика), вертикализация на поворотном столе, кинезотерапия, эрготерапия, занятия с психологом, массаж конечностей, дренирующий массаж; физиолечение: биоэлектростимуляция №10, щелочные ингаляции, парафин на спастические конечности.

Пациент был консультирован нейрохирургом, хирургом, лор-врачом, урологом, терапевтом, были даны рекомендации.

Были проведены обследования: УЗИ ОБП+почки от 02.02.16, повторное РКТ головного мозга 04.02.16, рентгенография ОГК 11.02.16.

ОАК от 05.02.16: Hb 104 г/л, Eг 3,8 (10*12/л) L 6,2 (10*9/л), Тг 381 (10*9/л),

ОАМ от 05.02.16: уд.вес 1009, белок отр., глюкоза отр., лейкоциты, эритроциты не обнаружены.

БАК от 05.02.16: Vi 3,8 мкмоль/л, глюкоза 7,27 ммоль/л, мочевины 2,9 ммоль/л, креатинин 47,7 мкмоль/л, триглицериды 1,39 ммоль/л.

Коагулограмма от 08.02.16: ПТИ- 75,0%. ПТВ- 13,2сек., МНО-1,21.

ЭКГ (19.01.16): Синусовая тахикардия с ЧСС 100 уд в минуту. Нормальное положение ЭОС. Данных за ОКС нет.

Леч. врач.

Зав. отделением



Хусаинова Э.Р.