



Этапный эпикриз.

Близгарева Оксана Александровна, 16.01.1992г.р. проходила курс восстановительного лечения в реабилитационном Центре «Три сестры» с 04.02.2019 г. по 06.04.19 г.

Диагноз: Коспредионно-ишемическая миелопатия на уровне С2. Декомпрессия позвоночного канала на уровне С2 - удаление остеохондромы правого дугоотростчатого сустава от 09.2016 г. Грубый спастический тетрапарез. Нарушение функции тазовых органов. Микроцитарная анемия 1 степени. Клиническая смерть от 30.10.18. Эрозивно-язвенный трахеит. Диффузный двусторонний бронхит. Экзостозная хондродисплазия.

Жалобы: на слабость в руках, ногах, потерю веса, учащенное сердцебиение, отсутствие голоса (шепотная речь), отсутствие кашлевого рефлекса, нарушения дыхания и состояния паники связанные со страхом остановки дыхания.

Анамнез болезни: с 10 лет наблюдается с диагнозом "Экзостозная хондродисплазия" (дебют с левого коленного сустава), в 2009 году исподволь появилась и нарастала слабость в ногах, руках, аксиальной мускулатуре, в 2011 году сформировался грубый парез в ногах - перестала самостоятельно передвигаться, следом слабость в левой руке, в 2015 году - присоединилась слабость в правой руке, появились сенсорные нарушения (по типу гемигипестезии) с постепенным прогрессированием тетрапареза до 2016 года. Нейровизуализация в 2016 году: индурально растущее образование на уровне С2 позвонка, с признаками компрессии и ишемии спинного мозга. В сентябре 2016 году проведена операция декомпрессии на уровне С2. В постоперационном периоде минимальная положительная двигательная динамика, потеря веса до 25 кг. 20.10.2018- на фоне лечения по поводу потери веса в ЦИРПП возникла остановка дыхания (причины не ясны), была госпитализирована в 18 ШОК в ГКБ им. С.П. Боткина откуда была выписана 04.02.2019. Поступила в РЦ "Три сестры" для проведения реабилитационных мероприятий.

Анамнез жизни: Эрозивно-язвенный трахеит. Диффузный двусторонний бронхит. Микроцитарная анемия 1 степени. Клиническая смерть от 30.10.2018 г. Экзостозная хондродисплазия. Туберкулез отрицает.

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Аллергологический анамнез - не отягощен.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кахексия. Пролежневая рана крестца размером 1,2 на 1,5 см, чистая, гранулирующая. Множественные проявления хондродисплазии в костях рук, ног, туловища с деформацией (укорочением) левой руки. Тургор кожи нормальный. Периферические узлы не увеличены. Пульс 102 в мин, ритмичный. АД-110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Аускультативно: дыхание в легких ослабленное, проводится во все отделы, жесткое, хрипов нет. Акт дыхания осуществляется только за счет грудной клетки и межреберных мышц без активного участия диафрагмы. ЧД-16. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень перкуторно не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления: самостоятельные, дефекация со склонностью к запорам.

ЭКГ при поступлении: нормальное положение ЭОС. Синусовый ритм с ЧСС 86 уд/мин. **Анализы прилагаются.**

Неврологический статус при выписке: сознание ясное, ориентирована в месте, времени, собственной личности. Когнитивных нарушений нет. Глазные щели равномерные. Фотореакции сохранены. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма, диплопии нет. Речь, глотание не нарушены. Дисфония. Язык по средней линии. Лицо симметрично, мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мышечный тонус в руках и ногах снижен повышен по спастическому типу. Пирамидный тетрапарез более выраженный слева (слева в руках до 2 баллов, в ногах до 3 баллов,

справа в руке до 4 баллов, в ноге до 3,5 баллов). Парез диафрагмы. Диффузная выраженная гипотрофия мышц туловища, рук, ног. Глубокие рефлексы симметрично высокие с поликинетичным ответом, клonusами стоп, коленных чашечек, клonusы запястья, с-м Бабинского справа. Координаторные пробы достоверно оценить невозможно. Проводниковая гипестезия с уровня С2-3. Тазовые функции частично контролирует (склонность к запорам).

Пациентка осмотрена неврологом, физическим терапевтом, эрготерапевтом, нейропсихологом, логопедом. Проведена оценка по FIM (шкале функциональной независимости) - 54 балла (из 126 б. возможных), что говорит о большой зависимости пациентки от посторонней помощи.

Определены цели реабилитации: активация фонации, активация кашлевого рефлекса, активация и тонизирование мышц верхнего плечевого пояса, укрепление мышц туловища и спины, с дальнейшим развитием способности самостоятельно сидеть в течение 10 секунд с минимальной опорой под спину и упором на руки. **Цели сформулированы были как:** сможет сидеть в кресле в течение часа без развития признаков критической гипотонии, при помощи сопроводительных движений ухаживающих и адаптивных приспособлений сможет самостоятельно умыться, принять пищу. Сможет пройти 3 метра без остановок и отдыха в динамических ходунках с поддержкой физического терапевта. Обучение близких правилам позиционирования и ухода.

Динамика физическая: сидит в кресле в течение 30 минут под углом 90 гр. без развития признаков гипотонии, при помощи сопроводительных движений ухаживающих и адаптивных приспособлений может принять пищу, однако быстро истощается. Ходит в динамических ходунках, самостоятельно делает шаг правой ногой, левой с помощью физического терапевта, но самостоятельно замыкает левое колено.

Динамика веса: при поступлении 27.3 кг, при выписке 32 кг.

Логопедическая динамика: С пациенткой проводились индивидуальные логопедические занятия направленные на: нормализацию речевого дыхания: развитие глубины физиологического выдоха, длительности физиологического выдоха используя статические упражнения, динамическую гимнастику; развитие продолжительности речевого выдоха; развитие работоспособности мышц отдела дыхания; восстановление мелодико-интонационной стороны речи: развитие силы голоса; развитие звонкости голоса; развитие диапазона звуко-высотных переходов; нормализация темпа ритма речи; развитие работоспособности мышц голосового отдела.

В результате проведенных занятий отмечается объективная положительная динамика в дыхательной, голосовой функции: дыхание смещенное, (преобладает ниже-реберное), ВМФ=6с.; голос звучный, хорошей наполняемости.

Медикаментозная терапия: Баклосан 10 мг 3 раза в день, Нейромидин 20 мг 3 раза в день, Небилет (небиволол) 2,5 мг утром, Мезим по ½ таблетки во время еды 3 раза в день, Ресурс Диабет плюс – 1 фл./день, Ингаляции с беродуалом 1 раза в день вечером
Фосфалюгель по 1 пакету 2 раза в день (утром сразу после еды, вечером- на ночь)

Омепразол (омез) 20 мг утром натощак за 20 минут до еды

Рекомендовано:

- наблюдение невролога, терапевта/пульмонолога, логопеда по месту жительства;

ЕЖЕДНЕВНЫЙ КОНТРОЛЬ АД, ЧСС

- контроль ОАК, биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, Г-ГТ, креатинин, альбумин, мочевины, глюкоза крови, липидный спектр) через 1 неделю по прибытию домой.

- ежедневные ЛФК

- Ежедневные занятия дыхательными упражнениями.

Продолжить прием препаратов:

Постоянная базовая терапия: Баклосан 10 мг 3 раза в день, Небилет (небиволол) 2,5 мг утром,

Нутритивная поддержка: Ресурс Диабет плюс – 1 фл./день;

Контроль работы ЖКТ: Мезим по ½ таблетки во время еды 3 раза в день;

Омепразол (омез) 20 мг утром натощак за 20 минут до еды

Прием препаратов железа: мальтофер 100 мг по 1 жевательной табл. 3 раза в день

Обработка пролежня: ежедневные перевязки с офломелидом.

Дальнейшая коррекция терапии под контролем терапевта/невролога по месту жительства.

В настоящее время настоятельно показано продолжение реабилитационных мероприятий.

Оксану Александровну необходимо привлекать к осуществлению личных гигиенических мероприятий, приему пищи, одеванию. Оксана Александровна должна принимать пищу сидя, небольшими дробными порциями в течение дня. Обязательна ежедневная вертикализация.

Данилевич Екатерина Юрьевна, лечащий врач

Кухно Дмитрий Викторович, главный врач

