

Выписной эпикриз № 12/2301

Бородин Дмитрий Владимирович, 1984 года рождения, находился на реабилитационном лечении с 09.01.2023г по 28.02.2023г

Диагнозы:

Основной диагноз: G04.8 Последствия тяжелого криптогенного менингоэнцефалита с двусторонним поражением лобно-височно-теменных областей в виде когнитивных нарушений, офтальмоплегического (полуторного) синдрома, бульбарного синдрома, асимметричного тетрапареза с грубыми статолокомоторными нарушениями, расстройствами сенсорного восприятия, ЧАЗН ОУ, Структурная фокальная эпилепсия с билатеральными судорожными приступами. Нейрогенный мочевого пузыря, Оссифицирующий миозит правого тазобедренного сустава, хронический болевой синдром. Астенический синдром.

Осложнение основного заболевания: N31.8 Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря. Хронический простатит, ремиссия. Хронический цистит, ремиссия.

Сопутствующий диагноз: L89 Пролежни в проекции обеих пяток, крестца 2 ст..

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ): b1402.2, b1402.1, b1440.1, b1440.2, b1441.2, b1441.2, b1442.2, b1442.2

Жалобы: на слабость в нижних конечностях, спастичку, нарушение баланса корпуса, невозможность сидеть без поддержки и самостоятельного передвижения, боль в левом коленном суставе

Анамнез заболевания: Со слов жены пациента и по данным медицинской выписки в августе 2022г перенес криптогенный острый гнойный менингоэнцефалит, длительно лечился в стационаре. Течение заболевания в остром периоде осложнено системной воспалительной реакцией, мультифокальными септическими инфарктами головного мозга, отеком головного мозга, частичной атрофией зрительных нервов, пневмонией, стероидным диабетом (на фоне терапии ГКС, в настоящее время данных за нарушение углеводного обмена нет), трофическими нарушениями, периартикулярным оссифицирующим миозитом правого тазобедренного сустава, эписиндромом. В ходе госпитализации была выявлена новая коронавирусная инфекция.

Стационарное лечение и интенсивная терапия с положительным эффектом. Выписан с улучшением, даны рекомендации.

Прошел курс стационарной медицинской реабилитации в ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России по каналу ОМС с положительным эффектом (переведен на интермиттирующие катетеризации мочевого пузыря, модифицирована антиконвульсантная терапия, налажено питание через рот, компенсирован нутритивный статус, уменьшилась выраженность болевого синдрома). В неврологическом статусе сохранялся асимметричный тетрапарез, грубые сенсорные и статолокомоторные нарушения, снижение зрения, нарушение функции тазовых органов. По инициативе родственников поступил в стационарное отделение медицинской реабилитации ФЦМИНТ ФМБА в плановом порядке для прохождения медицинской реабилитации.

МРТ ГМ от 13.11.2022 - МР кортикально-субкортикальных участков глиозных и кистозно-глиозных изменений больших полушарий ГМ, больше слева, валика мозолистого тела, симметричного поражения медиальных отделов таламусов, обоих гиппокампов, вещества среднего мозга вокруг водопровода в виде измененных сигнальных характеристик - вероятно в рамках поствоспалительных изменений. Симметричная нейропатия зрительных нервов. МР-признаки двустороннего синдрома Арнольда-Киари 1 типа.

МРТ СМ от 17.11.2022 - МР картина очагового поражения грудных сегментов СМ с учетом анамнеза, вероятно, воспалительные изменения. Очаговые образования Т2, Т3, Т10 позвонках могут соответствовать гемангиомам с низким содержанием жира. Аллергоанамнез не отягощен.

Структурная фокальная эпилепсия с билатеральными судорожными приступами.

Проходил ранее реабилитацию в РЦ Преодоление с положительным эффектом в виде увеличения объема движений в суставах, уменьшения спастички, увеличения двигательной активности и улучшения когнитивных функций.

После наблюдался в условиях РЦ Благополучие. 09.01.2023 поступает в РЦ Преодоление повторно.

Постоянно принимает: Таб. Левовитрацетам 500 утром, 500 вечером. Таб. Эликвис 2,5 мг, по 1 табл. 2 раза в день. Таб. Амитриптилин 25 мг на ночь. Капс. Омепразол 20 мг утром за 30 минут до еды. Таб. Баклосан 15 мг по 1 табл. на ночь.

В РЦ Преодоление поступает повторно

Нетрудоспособен с 15.08.2022. Нуждается в ЭЛН.

Объективно: Состояние пациента удовлетворительное. Нормотермия. Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Отеков нет. Дыхание самостоятельное, ритмичное, ЧД - 16/мин. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72/мин. АД - 120/80 мм.рт.ст.

Слизистая ротовой полости, языка влажная, чистая. Живот мягкий, безболезненный, для глубокой пальпации доступен.

Печень перкуторно по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Шумы перистальтики выслушиваются. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Мочеотведение контролируется путем периодической катетеризации. Стул - склонность к обстипации.

В неврологическом статусе: Сознание ясное. Контакт сохранен, ориентирован правильно. Общемозговых симптомов нет.

Высшие психические функции нарушены. Менингеальный синдром не выявляется. Зрение снижено, острота не оценивалась.

Полуторный синдром: паралич сопряженного горизонтального взгляда ипсилатерально и межъядерная офтальмоплегия контрлатерально в стадии частичного разрешения. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность на лице не изменена.

Лицо асимметрично (межъядерная офтальмоплегия). Нистагмозид. Глотание нарушено. Дизартрия легкая. Язык по средней линии. Асимметричный тетрапарез со снижением мышечной силы до 4 баллов в верхних конечностях (проксимальные и дистальные отделы).

В нижних конечностях до 3 баллов слева и до 2 баллов справа. Мышечный тонус в верхних конечностях не изменен, в нижних конечностях снижен. Сухожильные рефлексы симметрично оживлены с расширением рефлексогенных зон и патологическими пирамидными знаками. Глобальные синкинезии в нижних конечностях.

Диффузная гипестезия всех видов чувствительности в нижних конечностях. В позе Ромберга не оценивался, координаторные пробы (пальце-носовая проба) верхними конечностями выполняет с дисметрией за счет пареза (без убедительной разницы сторон). ПКП нижними конечностями не проводились.

С посторонней помощью поворачивается в кровати на обе стороны. С посторонней помощью садится. В положении сидя

корпус тела удерживает держась за спинку впереди стоящего стула. Самостоятельно стоит в высоких ходунках.

Результаты инструментальных методов обследования:

[10.01.2023] ДСК вен нижних конечностей: ПРАВАЯ НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ: Общая и поверхностная бедренные вены, глубокие вены правой голени - не расширены, полностью сжимаемы при компрессии датчиком, кровоток фазный. Проба Вальсальвы и компрессионные пробы не выявляют ретроградные сбросы венозного кровотока через клапаны глубоких вен правой нижней конечности. Сафено-фemorальное соустье и ствол большой подкожной вены не расширены (до 0,4 см) полностью сжимаемы при компрессии датчиком, кровоток фазный. Проба Вальсальвы и компрессионные пробы не выявляют ретроградные сбросы венозного кровотока через остиальные и стволовые клапаны большой подкожной вены правой нижней конечности. Сафено-подколенное соустье и ствол малой подкожной вен не расширены, полностью сжимаемы при компрессии датчиком, кровоток фазный. Перфорантные вены не расширены, проходимы, без четких признаков клапанной недостаточности. ЛЕВАЯ НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ: Общая и поверхностная бедренные вены, глубокие вены левой голени - не расширены, полностью сжимаемы при компрессии датчиком, кровоток фазный. Проба Вальсальвы и компрессионные пробы не выявляют ретроградные сбросы венозного кровотока через клапаны глубоких вен левой нижней конечности. Сафено-фemorальное соустье и ствол большой подкожной вены не расширены (до 0,4 см) полностью сжимаемы при компрессии датчиком, кровоток фазный. Проба Вальсальвы и компрессионные пробы не выявляют ретроградные сбросы венозного кровотока через остиальные и стволовые клапаны большой подкожной вены левой нижней конечности. Сафено-подколенное соустье и ствол малой подкожной вен не расширены, полностью сжимаемы при компрессии датчиком, кровоток фазный. Перфорантные вены не расширены, проходимы, без четких признаков клапанной недостаточности. Заключение: Глубокие и поверхностные вены нижних конечностей проходимы.

[10.01.2023] Протокол ультразвукового исследования органов брюшной полости: Печень: Правая доля: не увеличена 14,8,0 см (N до 15,0 см) Левая доля: не увеличена 5,2 см (N до 6,0 см) Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя Сосудистый рисунок: не изменен Новообразования: не лоцируются Кисты: не лоцируются Внутривенечечные протоки не уплотнены, не расширены Желчный пузырь: Не увеличен 6,3 x 1,4 см (8,0 x 3,0 см) Стенки: повышенной эхогенности, не утолщены 0,3 см (до 0,3 см) Перегиб в области шейки Конкременты: не лоцируются Полипы: не лоцируются Содержимое однородное Ductus choledochus 0,3 см (до 0,6 см) V. porta 0,9 см (до 1,2 см) V. cava inf. 1,4 см (до 2,0 см) V. lienalis 0,5 см (до 0,8 см) Поджелудочная железа: головка: не увеличена 2,6 см (1,1 - 3,0 см) тело: не увеличено 1,0 см (0,5 - 2,0 см) хвост: не увеличен 2,4 см (0,7 - 3,5 см) Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя Новообразования: не лоцируются Кисты: не лоцируются Селезенка: Не увеличена 11,2 x 5,1 см (12,0 x 5,0 см). Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя СИ 24,9 (до 25 см.кв.)

Заключение: УЗ-признаки деформации желчного пузыря

[10.01.2023] УЗИ органов забрюшинного пространства и малого таза: Почки: Расположены типично, подвижность в пределах нормы Размеры не изменены: правая: 11,2 x 5,1 см, левая: 11,5 x 5,2 см (12,0 x 5,0 см) Кортико-медуллярная дифференциация сохранена Контуры: ровные, четкие Структура паренхимы: однородная Толщина паренхимы: справа 1,8 см, слева 1,9 см Ч.Л.С. не расширена Конкременты: не лоцируются Новообразования не лоцируются Кисты: не лоцируются Надпочечники: четко не лоцируются

Мочевой пузырь: Локализация: типичная Форма: округлая Стенки: ровные, не утолщены, не прерывистые Внутренний контур четкий, ровный Содержимое однородно Конкременты: не лоцируются Дивертикулы: не лоцируются Новообразования: не лоцируются Объём остаточной мочи 150* мл.

Предстательная железа: Локализация: типичная Капсула: не уплотнена, не утолщена Форма: овальная Контуры: четкие, ровные Размеры: передне-задний 2,8 см (1,6-2,3 см) поперечный 3,9 см (2,7-4,3 см) верхне-нижний 3,7 см (2,4-4,1 см) объём 19,4 см3 (до 20 см3) Доли: симметричные Междолевая борозда: не выражена Структура: неоднородная, участки фиброза в центральной зоне Новообразования: не лоцируются

Заключение: УЗ-признаки диффузных изменений предстательной железы

[10.01.2023] Рентгенологическое исследование: Левый коленный сустав

На рентгенограмме левого коленного сустава, выполненной в двух проекциях свежих костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено. Контуры костей четкие, ровные, без патологических перерывов. Суставные взаимоотношения не нарушены. Рентгеновская суставная щель сохранена, равномерная, несколько сужена. Суставные поверхности уплощены, уплотнены, имеют четкие, ровные контуры, с явлениями субхондрального остеосклероза, края их заострены. Бугорки межмышелковых возвышений не деформированы. Положение и форма надколенника не изменена.

Заключение: Рентгенологическая картина артроза 1-2ст. левого коленного сустава.

[10.01.2023] ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 78 в мин.. Вертикальное положение ЭОС Нарушение внутрижелудочковой проводимости

[20.01.2023] Рентгенологическое исследование: Кости таза

На рентгенограмме костей таза свежих костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено. Контуры костей четкие, ровные, без патологических перерывов. Суставные взаимоотношения не нарушены. Рентгеновские суставные щели сохранены, равномерные, не сужены. Крыши вертлужных впадин уплотнены имеют четкие, ровные контуры. Головки бедренных костей не деформированы. Справа в области тела подвздошной кости и большого вертела бедренной кости определяется обызвествление мягких тканей.

Заключение: Обызвествление мягких тканей правого бедра.

Консультирован врачом ЛФК: Назначен индивидуальный план реабилитационных мероприятий

Показано:

Кинезотерапия индивидуальная №19

Механотерапия индивидуальная №20 + №10 с 13.01

Гидрокинезотерапия индивидуальная №8

Эрготерапия №7

Социально-бытовая реабилитация №7

Консультирован физиотерапевтом: Назначен индивидуальный план поэтапного физиотерапевтического воздействия

1.Аппликация озокерита на область правого плечевого, коленного суставов № 10

2.Фонорез догитом на область пояснично-крестцового отдела позвоночника № 10

3.Массаж классический № 18

Пациент Бородин Д.В. заканчивает получение физиотерапевтического воздействия:

Аппликации озокерита на область правого плечевого, коленного суставов. Выполнено 9 процедур. Переносимость хорошая.

Отмечается некоторое уменьшение скованности в суставах. Продолжать до № 10

С 24.01.2023г назначается:

Фонорез догитом на область пояснично-крестцового отдела позвоночника № 10

Пациент Бородин Д.В. заканчивает получение физиотерапевтического воздействия:

Фонофорез долготом на область пояснично-крестцового отдела позвоночника. Выполнено 9 процедур. Переносимость хорошая. Отмечает некоторое уменьшение интенсивности болевого синдрома в поясничном отделе. Продолжать до № 10 С 7.02.2023г назначается:

1. Прессотерапия на нижние конечности № 10
2. Продлить массаж до № 28

Пациент Бородин Д.В. заканчивает получение физиотерапевтического воздействия:

Прессотерапия на нижние конечности. Выполнено 9 процедур. Переносимость хорошая. Отмечает улучшение чувствительности в правой ноге. Продолжать до № 10 С 21.02.2023г назначается:

1. Аппликации озокерита на область правого плечевого сустава №10
2. Массаж продлить до № 40

Консультирован урологом: Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря. Хронический простатит, ремиссия. Хронический цистит, ремиссия.

Противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий в настоящий момент нет.

1. При манифестации уроинфекции необходимо назначение антибактериальной терапии по посеву мочи
2. Питьевой режим не менее 2,5л в сутки.
3. Омник Окас 0,4 мг 1таб. х1раз в день

Консультирован терапевтом: Абсолютных противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий нет.

Консультирован хирургом: На момент осмотра острой хирургической патологии нет. Абсолютных противопоказаний для реабилитационных мероприятий со стороны хирургической патологии нет.

Туалет кожных покровов 2 раза в день, туалет промежности ежедневно и после стула. Соблюдение всех мероприятий по профилактике образования пролежней, согласно принятому протоколу ухода.

В целях профилактики тромбозов и при вертикализации пациента целесообразно надевание компрессионного белья или бинтование ног эластичным бинтом.

Ежедневные перевязки с растворами антисептиков, использование Воскопран с метилурацилом.

Возможно посещение водных процедур с использованием гидрофобной повязки на рану.

Пролежни в проекции обеих пяток, крестца 2 ст.

Консультирован клиническим психологом: По результатам нейропсихологической диагностики отмечается нарушение памяти, связанное с нарушением избирательности следов памяти и подверженностью следов интерферирующему воздействию.

Консультирован логопедом-нейропсихологом: Дизартрия средней степени. Дисфония.

1. Логопедический массаж.
2. Артикуляционная гимнастика.
3. Голосовые и дыхательные упражнения.
3. Восстановление произносительной стороны речи.

Проведено лечение: Консультации / осмотры специалистов: Консультация клинического психолога, Консультация нейропсихолога

Восстановительная терапия: Гидрокинезотерапия индивидуальная, Кинезотерапия индивидуальная., Массаж классический, Механотерапия индивидуальная

ФТЛ: Парафино-озокеритовые аппликации (1 зона), Парафино-озокеритовые аппликации (2 зоны), Прессотерапия, Фонофорез

За время пребывания в центре отмечается положительная динамика:

Уменьшилась степень выраженности болевого синдрома при пассивных и активных движениях в крупных суставах.

С минимальной посторонней помощью поворачивается в кровати на обе стороны. С минимальной ассистенцией (под визуальным контролем) присаживается в кровати из положения лежа, пересаживается с кровати в кресло и обратно. В положении сидя корпус тела удерживает самостоятельно, совершая круговые движения корпусом, на занятиях ЛФК стоит в аппаратном вертикализаторе без затруднений, в брусках с поддержкой инструктора около 2 - минут. Увеличилась сила в группах мышц верхнего плечевого пояса и мышц нижних конечностей. Самостоятельно принимает пищу сидя за столом, с минимальной ассистенцией совершает утренний и вечерний туалет, одевает верх, требуется помощь при катетеризации.

Также уменьшилась степень выраженность гипестезии в нижних конечностях, появились адекватные раздражителю ощущения в бедрах, гипестезия в области голени сменилась гиперпатией легкой степени выраженности (рекомендован прием амитриптилина вместо 25 мг на ночь - 50 мг). Регрессировали явления дизартрии, а также уменьшилась степень проявления прозопагеа. Отмечается увеличение объема непосредственного и отсроченного воспроизведения. По-прежнему остаются трудности, связанные с нарушением избирательности следов памяти.

Следующий этап реабилитации предусматривает обучение пациента самостоятельной ходьбе с использованием высоких ходунков, однако вынужденное сгибание правой нижней конечности мешает полной опоре и формированию правильного паттерна ходьбы, пациент консультирован травматологом-ортопедом на базе ФГБУ «НМИЦ Гематологии» Минздрава России от 17.02.2023г. - рекомендации даны. Эпилептических приступов за период наблюдения отмечено не было.

В соматическом статусе за период наблюдения у пациента удовлетворительное состояние, стабильное, в дополнительных назначениях не нуждается. Эпизодов гипертермии не наблюдалось. Дыхание самостоятельное, признаков ДН зафиксировано не было. Гемодинамически стабилен. Физиологические опражнения: пациент ощущает чувство наполнения мочевого пузыря, однако нуждается в периодической катетеризации. С целью профилактики обстипации назначен курсовой прием препарата Форлак — стул регулярный, оформленный.

Объективные методы оценки: Проба с полуортостазом - адекватна

mRS 4

ШПМ 5

Тест проприоцепции на верхней конечности ++

Тест проприоцепции на нижней конечности ++

Полное нейропсихологическое обследование провести не представляется возможным в силу нарушений зрения.

Нейродинамические параметры: темп деятельности несколько снижен, слуховое внимание удерживает на протяжении всего обследования. Переключение между пробами и в рамках отдельного задания в норме.

Память: при диагностике памяти методикой 2 группы по 3 слова непосредственное воспроизведение и воспроизведение после межстимульной интерференции доступно, отсроченно воспроизвел 4 стимула. При диагностике слухоречевой памяти серией шести слов кривая запоминания 5-5-5, отсрочено 3. Отмечаются контаминации, связанные с нарушением избирательности следов памяти.

Кинестетический и регуляторный праксис, предметный тактильный гнозис, гнозис текстуры объекта, неречевой гнозис, тактильная память сохранены.

Полное нейропсихологическое обследование провести не представляется возможным в силу нарушений зрения. Нейродинамические параметры: темп деятельности в норме, слуховое внимание удерживает на протяжении всего обследования. Переключение между пробами и в рамках отдельного задания в норме. Отмечается склонность к истощению. Память: при диагностике памяти методикой 10 слов, кривая запоминания 7-8-7-8-8, отсрочено 6. Единоразово отмечалась контаминация. При диагностике памяти методикой 2 группы по 3 слова, непосредственное воспроизведение, воспроизведение после межстимульной интерференции доступно в полном объеме, отсрочено воспроизведено 3 слова. Отмечается нарушение избирательности следов памяти. Непосредственное воспроизведение текста с двумя смысловыми единицами доступно, отсрочено объем воспроизводимого материала сужен. Кинестетический и регуляторный праксис, предметный тактильный гнозис, гнозис текстуры объекта, неречевой гнозис, тактильная память сохранены.

Рекомендации по ТСР и средствам ухода: [27.02.2023] Врач уролог: Наборы - мочеприемники для самокатетеризации: мешок-мочеприемник, катетер лубрицированный для асептической самокатетеризации, емкость с раствором хлорида натрия, тип нелатон, мужские, количество 6 штук в сутки. Абсорбирующее белье, подгузники - 1 шт. в сутки

Рекомендовано:

- 1) Режим охранительный (учитывая эпид. обстановку)
- 2) Соблюдение диеты с ограничением жиров животного происхождения, поваренной соли, легко усваиваемых углеводов;
- 3) Динамическое наблюдение невролога, эпилептолога, терапевта, уролога, травматолога - ортопеда по месту прикрепления с коррекцией терапии по необходимости;
- 4) Соблюдение рекомендаций врача уролога:
 - При манифестации уроинфекции необходимо назначение антибактериальной терапии по посеву мочи
 - Соблюдение питьевого режима с потреблением жидкости не менее 2,5 литров с сутки,
 - Раз в месяц, в течение 10 дней прием растительных диуретиков: пол-пала, толокнянка, спорыш, хвощ полевой, горец птичий, кукурузные рыльца, семена укропа, лист брусники, лист черной смородины, ягода клюквы, ягода брусники, березовые почки, почечный чай, урологический сбор, бруснивер
 - Периодический прием препаратов растительных уроантисептиков курсами по 1-2 месяца: фитоллизин, цистон, канефрон.
 - Обследование в объеме: УЗИ мочевого пузыря, общий и бактериологический анализ мочи, биохимический анализ крови с определением мочевины и креатинина проводить не реже 1 раза в полгода;
 - При изменениях цвета мочи, появлении примесей, хлопьев, немотивированных вечерних подъемов температуры тела срочная консультация уролога
 - Простанорм 2т х3р 40 дней (курсы 2-3 раза в год)
 - Свечи "Витапрост" 1свече х1раз ректально 20 дней (курсы 2-3 раза в год)
 - Омник Окас 0,4 мг 1таб. х1раз в день длительно
- 5) Плановое проведение видео ЭЭГ мониторинга с последующей консультацией невролога - эпилептолога.

6) Медикаментозная терапия:

Антиконвульсанты:

- Таб. Левитирацетам 500 мг, по 1 табл. 2 раза в день, длительно (Не заменять на препарат с торговым названием Кеппра!)

Антикоагулянтная терапия:

- Таб. Эликвис 2,5 мг, по 1 табл. 2 раза в день, длительно

Терапия хронического нейропатического болевого синдрома:

- Таб. Амитриптилин 25 мг, по 2 табл. (50 мг) 1 раз в день на ночь
- Капс. Габапентин 300 мг, по 1 капс. 2 раза в день

Гастропротективная терапия:

- Капс. Омепразол 20 мг, по 1 капс. За 30 мин до еды, утром

Коррекция высокого мышечного гипертонуса:

- Таб. Баклосан 15 мг, по 1 табл. 1 раз в день на ночь, длительно

Уродинамическая терапия:

- Капс. Омник Окас 0,4 мг 1 раз в день, утром, длительно

Прокинетическая терапия:

- Форлак по 1 пакету 1 раз в день, длительно

7) Рекомендации по уходу:

- Регулярный контроль уровня артериального давления и частоты пульса 2 раза в день с ведением дневников.
- Контроль температуры тела дважды в день.
- Контроль за регулярностью и адекватностью физиологических отправлений: - стул - частота не реже 1 раза в 2 дня, при задержке стула более 2-х дней - стимуляция слабительными средствами;
- Регулярная обработка кожных покровов и видимых слизистых 2 раза в сутки с целью профилактики пролежней; расправление складок на простынях; использование противопролежневых систем (матрасы).

Реабилитационный прогноз: пациент сможет расширить навыки баланса сидя, трансферов, самообслуживания за счёт ТСР и физической реабилитации.

Пациент с нарушениями функций с высоким реабилитационным потенциалом нуждается в проведении медицинской реабилитации в специализированных отделениях медицинской реабилитации многопрофильных стационаров, санаториев или реабилитационных центров.

Лучевая нагрузка (мЗв) - 0,06

Диагноз прежний

Пациент выписывается под наблюдение амбулаторной службы (в РЦ "Благополучие")

ЛВНТ № 910166713963 с 23.02.2023 по 02.03.2023г. Явка на прием 01.03.2023г.

Главный врач

Заведующий отделением

Врач невролог

Фу Р.Г.

Кузьмин Е.А.

Шмакова Т. И.