

Выписной эпикриз

Три
сестры

Дата 16 декабря 2021 года

Врач Иванецкая Ксения Сергеевна

Пациент Иванова Полина Андреевна, 16 сентября 2004 года рождения (17 лет)

Реабилитация с 19 ноября по 16 декабря 2021 года.

ДИАГНОЗ ПО МКБ 10

Основное заболевание: Состояние после тяжелой сочетанной травмы от

17.07.21. Состояние после закрытой осложненной позвоночно-

спинномозговой травмы: компрессионно-оскольчатого перелома тела L1

позвонка с ушибом и сдавлением конуса и эпиконуса, гематомиелия на

уровне Th12-L1 позвонка; компрессионного перелома тела Th12. Состояние

после ламинэктомии L1 и частично Th 12; транспедикулярной фиксации Th11-

Th12, L2-L3. Нижняя параплегия НФТО. Закрытый перелом средней трети

правого бедра со смещением. Состояние после остеосинтеза пластиной.

Перелом левой седалищной кости без смещения. ЗЧМТ. Сотрясение

головного мозга. Тупая травма органов брюшной полости, органов грудной

клетки, ушиб легких.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ПО МКФ

| МКФ категории | | Первичная оценка | | Итоговая оценка | | Специалист/вмешательство |
|---------------|---------------------------------|---------------------------|---|-----------------|---|--------------------------|
| Домен b(s) | Структура/Функция | Степень тяжести нарушений | | | | |
| b7303 | Сила мышц нижней половины тела. | 3 | | 2 | | ФТ |
| b5458 | Недостаточность витамина D | 2 | | 1 | | Врач |
| Домен d | Активность/Участие | Р | К | Р | К | Специалист/вмешательство |
| d4500 | Ходьба на короткие расстояния | 0 | 4 | 0 | 2 | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--|---|---|-------------|----|
| d4154 | Нахождение в положении стоя | 0 | 4 | 0 | 2 | ФТ |
| d4103 | Изменение позы при положении сидя | 0 | 3 | 0 | 1 | ФТ |
| Домен е +/- | Факторы окружающей среды | Позитивный фактор (+)/ Барьер (-) | | | Цель | |
| e310.3 | Семья и ближайшие родственники (помощь мамы). | +4 | | | +4 | |

ЖАЛОБЫ

При поступлении: на отсутствие чувствительности в правой стопе и в области промежности, нарушение функции тазовых органов.

АНАМНЕЗ

Болезни

Из медицинских документов и со слов пациентки и мамы травма получена 17.07.21. при падении с парашюта. Доставлена в детское хирургическое отделение ФНЦ специализированных видов медицинской помощи МТ ФМБА в Крыму. После осмотра и диагностики были наложены наружные фиксирующие устройства. 18.07.21. под в/в наркозом наложен АНФ с целью фиксации перелома правой бедренной кости и таза. Для дальнейшего лечения была переведена в отделение реанимации ГБУЗ РК "РДКБ" г. Симферополя. 23.07.21 выполнен демонтаж АНФ. Открытая репозиция, МОС правого бедра на костной пластине. 27.07.21. ламинэктомия L1, частично Th12, транспедикулярная стабилизация Th11-Th12, L2-L3. Лигаментотаксис, устранение деформации позвоночного столба. Послеоперационные периоды протекали без осложнений, швы сняты, послеоперационные рубцы состоятельные. Выписка из стационара 10.08.21 с рекомендацией продолжить восстановительное лечение в условиях неврологического стационара. Проходила реабилитацию в центре "Три сестры". Поступила на очередной курс реабилитации.

Жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ. Аллергологический анамнез: неотягощен. Туберкулез: в анамнезе отрицает, вирусные гепатиты (А, В, С): в анамнезе отрицает. ВИЧ: в анамнезе отрицает, венерические заболевания: в анамнезе отрицает. Вредные привычки: отрицает.

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

Общее состояние при поступлении

Удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Телосложение: нормостеник. Легкие: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, побочных дыхательных шумов нет, частота дыхания 16 в минуту, SpO2 99 %. Сердце: границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, АД на левой руке / мм. рт.ст., на правой руке 120 / 80 мм. рт.ст., ЧСС 76 в минуту. Живот: мягкий, безболезненный при пальпации. Печень: не пальпируется. Мочеиспускание: не контролирует, периодическая

самокатетеризация каждые 4 часа. Стул: не контролирует, подгузник.

Общее состояние при выписке

Удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Сердце: тоны ясные, ритмичные 79 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Лёгкие: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 15 в минуту, SpO2 99%. Живот: норма. Мочеиспускание: норма. Стул контролирует.

Ход реабилитации

ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специалисты центра на встрече с пациентом и его родными согласовали цели на курс реабилитации:

Через 4 недели:

Сможет стоять без опоры 1 минуту. Спустится без опоры из палаты до зала ЛФК под визуальным контролем.

Во время реабилитации пациент проходил занятия по физической терапии; массаж; занятия по механотерапии на тренажере Мотомед; занятия на артротом; электростимуляция. Объем занятий — до 4-6 часов в день.

Запланированные цели реабилитации достигнуты

Ко дню выписки Полина стоит с опорой на стопы 1 минуту, сохраняет равновесие в положении стоя (перешагивая с ноги на ногу) без ограничений. Ходит самостоятельно без опоры до 500 м.

Оценка по шкале FIM (шкала функциональной независимости):

Оценка по шкале FIM выросла на **5 баллов**: со 105 баллов при поступлении до 110 баллов при выписке, при максимально возможных баллах – 126.

Процесс лечения

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

за время пребывания в центре было стабильным, не препятствовало реабилитационным мероприятиям.

АНАЛИЗЫ

Общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, кровь на сахар — результаты прилагаются.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭКГ, УЗИ вен нижних конечностей — результат прилагается.

Три
сестры

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Аквдетрим 14 капель ежедневно

Рекомендации пациенту

Чтобы не потерять результаты, которых мы добились во время реабилитации, нужно выполнять рекомендации.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Курсовая терапия — пройти курс лекарств, чтобы улучшить состояние.

| Лекарство | Как принимать | Длительность | Для чего принимать |
|-----------|-----------------------------|--------------|--|
| Аквдетрим | 14 капель во время завтрака | 5 недель | С целью лечения недостаточности витамина D. После окончания курса контроль анализа крови для оценки уровня витамина D, затем переход на поддерживающую дозу – 2 капли ежедневно. |

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- Необходимо ежедневно совершать прогулки не менее 50-60 минут с той опорой, которая необходима для безопасности.
- Продолжить занятия ЛФК, учитывая рекомендации Центра.

ДИЕТА

В данном случае строгих ограничений по питанию и предпочтению продуктов питания нет.

Для дополнительной пользы здоровью международная ассоциация кардиологов рекомендует DASH-диету или Средиземноморскую диету. Рекомендовано воздерживаться от переработанных мясных продуктов (колбасы, сосиски и т.д.). В рационе должно быть преобладание растительных жиров над мясными, предпочтения отдавать рыбе и морепродуктам. Потребление овощей/фруктов/зелени должно быть не менее пяти порций в день в любом виде (сырые, вареные, замороженные,

ферментированные, сушеные и т.д.).

Рекомендуется пользоваться правилом «тарелки». Половина тарелки должна быть заполнена растительными продуктами (зелень, овощи, фрукты), $\frac{1}{4}$ часть – сложными углеводами (крупы, цельнозерновые макароны), $\frac{1}{4}$ часть – белковой пищей (мясо, рыба, морепродукты, яйца и т.д.). А также важно помнить о достаточном потреблении жидкости, в идеале, обычной воды.

МАССАЖ

Курсы лечебного массажа ежемесячно с целью профилактики спастичности.

УХОД

Периодическая самостоятельная катетеризация

- Рекомендуемый диаметр катетера – 12–16 Ch.
- Частота катетеризаций должна составлять 4–6 раз в сутки, при этом объем выводимой мочи должен составлять не более 400-500 мл

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ:

1. Тщательно вымойте руки с мылом, после чего обработайте раствором антисептика.
2. Примите удобное положение, убедитесь в доступности принадлежностей для катетеризации.
3. Вскройте упаковку катетера заблаговременно, при наличии самоклеящейся поверхности – зафиксируйте упаковку катетера вертикально. Также некоторые модели катетеров требуют «активации» специальным раствором.
4. Перед каждой катетеризацией наружные половые органы, а именно область наружного отверстия уретры, необходимо промыть водой.
5. Техника выполнения катетеризации у мужчин: возьмите одной рукой катетер, другой рукой – половой член так, чтобы видеть наружное отверстие мочеиспускательного канала. Старайтесь избежать контакта рук с поверхностью катетера, вводимой в уретру. После предварительной активации или лубрикации медленно, без усилий вводите катетер в полость мочевого пузыря до начала отделения мочи. При возникновении препятствия остановитесь. Если в момент извлечения катетера моча вновь станет вытекать, приостановите на некоторое время извлечение катетера. После окончания подтекания извлеките катетер и выбросьте его в мусорное ведро.
6. Техника выполнения катетеризации у женщин: возьмите одной рукой катетер, другой рукой разведите внутренние половые губы так, чтобы видеть наружное отверстие мочеиспускательного канала. При наличии косметического зеркала можно визуализировать наружное отверстие мочеиспускательного канала. Старайтесь избежать контакта рук с поверхностью катетера, вводимой в уретру. После предварительной активации или лубрикации медленно, без усилий вводите катетер в полость мочевого пузыря до начала отделения мочи. Если катетер попадает во влагалище, его повторите катетеризацию. После того, как

моча перестанет вытекать, свободно извлеките катетер. Если в момент извлечения катетера моча вновь станет вытекать, приостановите на некоторое время извлечение катетера. После окончания подтекания извлеките катетер и выбросьте его в мусорное ведро.

Что делать, если появились выделения из мочеиспускательного канала?

Если вы отмечаете выделение крови или гноя из наружного отверстия мочеиспускательного канала, вам следует обратиться к специалисту. Данные явления могут свидетельствовать о травме мочеиспускательного канала или воспалительном процессе.

Что делать, если катетер встретил препятствие?

Как уже упоминалось выше, вводить уретральный катетер следует без усилий, чтобы избежать травмы. У пациентов с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря иногда может наблюдаться спазм сфинктера уретры, в таком случае следует остановить катетер у препятствия (сфинктера), подождать несколько секунд и повторить попытку введения.

ОБСЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ

Наблюдение невролога, уролога, терапевта по месту жительства.

Контроль анализа крови на витамин D после окончания курса (через 5 недель) с последующей консультацией терапевта и переходом на поддерживающую дозу – 2 капли в сутки.

Консультация травматолога для подбора ортопедической обуви, стелек.

КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ

Продолжить занятия с физическим терапевтом амбулаторно.

Повторные курсы восстановительного лечения в специализированных центрах с целью поддержания достигнутых результатов и достижения следующей реабилитационной цели.

Лечащий врач Иваницкая Ксения Сергеевна

И.о. главного врача Колбин Иван Александрович

