



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы
Научно-Исследовательский Институт Неотложной Детской
Хирургии и Травматологии ДЗ г. Москвы
ОТДЕЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

т. 8(495) 959 -43-30

г. зав. отд. 8(495) 633-58-00 (доб. 1612) Мамонтова Н.А.

Выписной эпикриз

Дата поступления: 18.03.2019

Дата выписки: 29.03.2019

Дата создания записи: 29.03.2019 10:15

Пациент, ФИО: КОРОСТИН Алексей Владимирович 16 лет ИБ №: 3095-2019 (ДМС)

Диагноз: Последствия позвоночно-спинномозговой травмы на уровне Th11 - Th12 (08.05.2018).

Нижний глубокий парапарез до плевгии в дистальных отделах. Нарушение функции тазовых органов. Оссифицирующий миозит в/3 правого бедра.

Недостаточность витамина Д.

Анамнез: Течение заболевания: 08.05.2018 г во время похода упало на спину дерево, доставле в ОАР №1 ЛОГБУЗ ДКБ с диагнозом Сочетанная травма. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Спинальный стеноз. Переломовывих Th11-Th12 позвонков. Ушиб спинного мозга. Нижняя параплегия. Нарушение функции тазовых органов. Ушибленная рана левой теменной обл. 09.05. проведено открытое вправление переломовывиха Th11 - Th12. Дискапофизэктомия на уровне 11-12 грудных позвонков. Траспедикулярная репозиция и фиксация металлоконструкцией Legacy 5,5 на уровне Th11 - L1. Локальный задний спондилодез.

20.08 проведен II этап хирургического лечения: правосторонняя переднебоковая торакотомия с поднадкостничной резекцией участка 11 ребра. Передний межтеловой корпорорез Th11 - Th12 позвонков аутокостью из резецированного участка ребра. Получает реабилитационные курсы на базе ГКБ №40 г.Сестрорецка.

Поступил для дообследования и проведения курса реабилитации

Клиническая картина: Мальчик активен. Контактен. Участвует в диалоге. Лицо симметрично.

Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки OD=OS. Фотореакция живая, симметричная. Язык по средней линии. Чувствительность: гипостезия с уровня L1, анестезия с уровня L3 слева и L4 справа. Активные движения в верхних конечностях в полном объеме. В нижних конечностях не удалось протестировать из-за высокой спастичности. Оценка по шкале Asia болевой чувствительности 81 б, тактильной - 108 б. ASIA C. Тонус мышц в нижних конечностях до 4 б по шкале Ашворт. Сухожильные и периостальные рефлексы вызываются, высокие. Клонус стоп. Функции тазовых органов: чувствует наполнение мочевого пузыря, может мочиться самостоятельно, остаточную мочу выводит катетером 2 раза в сутки. Дефекация самостоятельная.

Программа реабилитации:

1. Медикаментозная коррекция:

нейромидин 20 мг х 3 раза

нейромультивит 1 т х 3 раза

сирдалуд 2 мг х 2 раза

2. ЛФК: индивидуальные занятия с целью снижения спастического синдрома и формирования компенсаторных двигательных актов.

3. Массаж ягодиц и нижних конечностей.

4. Механотерапия:

МотоМед

Locomat

Rabbit

ReviVR

5. ФТЛ с целью снижения спастичности и улучшения трофики нижних конечностей.

6. ТМС (трансмagnetная стимуляция)

Общий анализ крови.

Дата	Ле	Эр	Нб	Нт	Тр	Миел	Мета	П/я	Эози	Базо	Лимф	Моно	ЦП	СОЭ	С/я	ЛИИ
18.03.2019	7,3	4,13	14,1	40,5	182	0	0			0	29,8	13,3	1,02	10	56,9	1,32

Общий анализ мочи

Дата	Кет. тела	Эр	pH	Бел	Ле	Ле в п.зр	Ле в 1 мл	Эр изм	Эр не изм	Эрв 1 мл
19.03.2019	отр	отр	кис	отр	отр	0-1		отр		

УЗИ ОБП:

19.03.2019 Эхо-признаки дискинезии кишечника.
Эхо-признаки выраженного копростоза.

18.03.2019 Физиотерапевт назначено:
17:59:00
- курс лазерной терапии №5-7
- курс электромиостимуляции №10
- курс магний-эуфиллин-электрофореза №10
- курс ВТЛ-магнитотерапии №10
- курс ультрафонофореза гидрокортизона №10

Заключения специалистов:

Консультация педиатра: Стол ОВД, на фоне активной реабилитации дотация сипинга повышенной энергетической плотности за 40 мин до занятий 200 мл (нутридринк, педиашур и др.)

Дополнительно : Вес - 60 кг, рост 176 см ИМТ - 19,36 - нормотрофия N мочевины - 9,5, потребность в белке-1,36г/кг в сут, RMR - 1663 ккал/сут

Консультация инструктора-методиста ЛФК: Мальчик активен. Передвигается в кресле коляске без затруднений. Самостоятельно пересаживается как на плоскость вровень с креслом-коляской, так и выше нее. Вертикализован на 90 градусов, самостоятельно встает в коленном упоре. Может компенсаторно ходить в переднеопорных ходунках за счет перемежения ОЦМ (общего центра массы) кпереди и вывода таза в задний наклон механически замыкая коленные суставы. Шаг компенсаторный за счет активизации передней миофасциальной линии (подвздошно-поясничной мышцы?), при этом наблюдается переразгибание в грудном, грудопоясничном и поясничном отделе позвоночника (выше и ниже стабилизирующей конструкции).

Гониометрическое исследование.

Пассивная амплитуда движения снижена в правом тазобедренном (ввиду наличия гетеротопического оссификата), коленном и голеностопном суставах.

В тазобедренном суставе: сгибание-разгибание 83/0/0. Дефицит амплитуды движения - 40,7. Отведение-приведение в пределах нормы - 45/0/30. Внутренняя-наружная ротация 30/0/20. Дефицит амплитуды движения 44,4%. Дефицит объема движения в правом тазобедренном суставе 28,4.

В коленном суставе: сгибание-разгибание 140/0/0. Дефицит амплитуды и объема движения 12,5%.

В голеностопном суставе: сгибание-разгибание 30/0/0. Дефицит амплитуды и объема движения 40,0%.

Дефицит объема движения в правой свободной нижней конечности 27,5%.

Пассивный объем движения в свободных верхних и левой нижней конечности в пределах нормы.

Активная амплитуда движений в верхних конечностях в пределах нормы. В нижних. Активные движения присутствуют в тазобедренных суставах (в облегченных положениях преимущественно компенсаторные за счет активизации всей доступной передней миофасциальной линии): сгибание-разгибание 15-20/0/0; в коленных и голеностопных суставах контролируемые движения отсутствуют.

Динамометрическое исследование. Сила мышц и моторный контроль плечевого пояса 5 баллов (по шкале оценки мышечной силы Harrison).

Тазовый пояс (оценка движения в фасеточных суставах нижегрудного и поясничного отдела позвоночника, а также крестцово-поясничного сустава): элевация - 4 балла справа и 5 баллов слева; депрессия - 4 балла справа и 5 баллов слева; ротация кпереди - 5 баллов справа и слева, ротация кзади - 4 балла справа и 5 баллов слева; передний и задний наклон таза 5 баллов. Моторный контроль тазового пояса - 5±0,5 баллов справа и 5±0,0 слева.

Тазобедренный сустав: сгибание – 1 балл справа и слева; разгибание – 2 балла справа и слева; отведение – 2 балла справа и 1 балл слева; приведение – 2 балла справа и слева; внутренняя и наружная ротация – 2 балла справа, и 1 слева. Моторный контроль тазобедренных суставов $2 \pm 0,4$ балла справа и $1 \pm 0,5$ симметрично.

В коленных и голеностопных суставах контролируемого движения нет.

Моторный контроль тазового пояса и свободных нижних конечностей - $2 \pm 1,9$ балла справа и $2 \pm 2,2$ балла слева.

Исследование патологического тонуса. Нарастание патологического тонуса во время обследования наблюдается при пассивных движениях во всех суставах свободных нижних конечностей.

Тазобедренные суставы: сгибание – 1 балл (по модифицированной шкале Ашфорт) справа, 2 балла слева; разгибание 3 балла справа, 1 балл слева; отведение – 2 балла справа, 3 балла слева; внутренняя ротация 1 балл справа и слева; наружная ротация 3 балла справа и слева

Коленные суставы: сгибание – 3 балла справа, 2 балла слева; разгибание 4 балла справа, 3 балла слева.

Голеностопные суставы: сгибание – 1 балл справа и слева; разгибание 4 балла справа и слева.

Тонус снижается до показателей 1-2 балла после значительного объема (20-30 минут) пассивной и пассивно-активной работе в свободных нижних конечностях как в открытых кинематических системах, так и в закрытых, а также с использованием ингибирующих миофасциальных техник.

Результаты обследований:

25(ОН) витД 13,3 нг/мл (N 20-100)

Регистрация ССВП со стимуляцией n.tibialis левой и правой ноги; электроды P*zFz, C6Fz, LIII Ref.

Моторный ответ слева, справа получен. При стимуляции n.tibialis левой ноги регистрируются компоненты N22 с латентностью в пределах нормы, сомнительные невоспроизводимые N30, N34, P37, N45 с повышенными латентностями и интервалами. При стимуляции n.tibialis правой ноги ответы хуже воспроизводимы, регистрируются компоненты N22 с латентностью в пределах нормы. Пики N30, N34, P37, N45 не зарегистрированы.

Заключение ВП: При стимуляции большеберцового нерва как слева, так и справа определяется нарушение проведения по соматосенсорному пути на спинальном уровне (между поясничным и шейным уровнями), более выраженные при стимуляции правой ноги (сомнительные ответы с шейного спинального и коркового уровней при стимуляции левой ноги, отсутствие их - при стимуляции правой ноги).

КТ грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника: состояние после перенесенной ранее спинальной травмы от 08.05.2018 г., переломовывих сегмента ТН11-ТН12 позвонков, со стенозом спинномозгового канала. Состояние после оперативного лечения от 09.05.18 г.: выполнение открытого вправления переломовывиха позвоночного сегмента ТН11 - ТН12. Дискапофизэктомия на уровне 11-12 грудных позвонков, с последующей установкой траспедикулярной фиксирующей системы на уровне ТН11 - L1. Локальный задний спондилодез. Состояние после этапного хирургического лечения от 20.08.18 г.; выполнение правосторонней переднебоковой торакотомии с поднадкостничной резекцией участка 11-го ребра справа. Передний межтеловой корпородез на уровне Th11 - Th12 позвонков, с помощью аутокостью из резецированного участка ребра. Отмечается установленная металлоконструкция поддерживающая по дорсальной поверхности позвоночные сегменты на уровне ТН11-ТН12, ТН12-L1, стояние и положение винтостержневых фиксаторов удовлетворительное.

Стояние костного опорного импланта в проекции суставных площадок ТН11-ТН12 удовлетворительное. Взаимоположение смежных зафиксированных позвонков относительно вертикальной оси удовлетворительное. Отмечается снижение высоты тела в вентральных отделах 11-го грудного позвонка до 23 мм., дорсальный размер составляет 30 мм. Отмечается сужение межпозвоночного отверстия в правых боковых отделах зафиксированного сегмента ТН11-ТН12 позвонков, за счет шипообразного разрастания костной ткани суставных отростков с нарушенным соотношением сопряженных поверхностей. Просвет спинномозгового канала не сужен, дуральный мешок не деформирован, признаков оказания компрессии на структуры спинного мозга нет. Отмечается нарушение статического положения поясничных сегментов относительно вертебральной оси, в виде S-образной сколиотической деформации. Паренхима легочной ткани пневматизирована в полном объеме, патологических участков не определяется. Отмечается укорочение 11-го реберного отрезка грудной клетки справа, с участком разрастания костной ткани по ходу бывшего расположения резецированной передней части.

Постоперационные, рубцовые изменения мягких тканей спинальной области.

Заклучение: Состояние после ранее перенесенной спинальной травмы от 08.05.18 г. - переломовывих в

сегменте ТН11-ТН12 позвонков, со стенозом спинномозгового канала. Состояние после продолженного (этапного) хирургического лечения от 20.08.18 г. Стояние межтелового импланта (фрагмент 11-го ребра), а также задней транспедикулярной металлоконструкции и винтостержневых фиксаторов на уровне ТН11-L1 удовлетворительное. Положение по вертикальной оси и течение процесса сращения костного вещества смежных позвонков, на уровне зафиксированных сегментов ТН11-L1, удовлетворительное. Постоперационные изменения задних дужек, посттравматическая передняя клиновидная деформация тела ТН-11 позвонка. Проявление остеохондропатии нижнегрудного отдела позвоночного столба. Поясничный S-образный сколиоз. Постоперационные изменения 11-го реберного отрезка правой части грудной клетки. Органических изменений в легочной паренхиме не выявлено. Рубцовые изменения мягких тканей спинальной области торса.

КТ-денситометрия поясничного отдела позвоночника: показатель минеральной плотности костного вещества составил 128 мг/см³, что соответствует нормальному средневозрастному значению (возрастная группа 13-18 лет).

Заключение: По данным кт-денситометрии, признаков течения остеопороза в костной ткани скелета не выявлено. Полученный показатель минеральной плотности костной ткани соответствует норме.

ТМС Транскраниальная магнитная стимуляция (диагностическая): Проведена транскраниальная магнитная стимуляция корковых моторных зон ног, сегментарных отделов СМ. При корковой стимуляции ответы с т. АН, п. Tibialis не получены с обеих сторон. При сегментарной стимуляции ответы получены с т. АН, п. Tibialis с обеих сторон.

Заключение: Нарушение проведения возбуждения на центральном уровне.

ВП - миография: Проведена стимуляционная ЭНМГ длинных нервов нижних конечностей. По результатам исследования выявлено снижение амплитуд моторных ответов с обеих сторон с т. EDB, п. Peroneus. Сенсорные ответы сохранены. Скорости распространения возбуждения по остальным моторным и сенсорным волокнам не изменены.

Заключение: выявлены признаки моторной аксонопатии малоберцовых нервов с обеих сторон.

УЗДГ Данных за тромбоз вен нижних конечностей при обследовании не получено.

ЭКГ Ритм: синусовый. Частота сокращений: 69. ЭОС: 31. Интервал P-Q: 0,04 (норма 0.18). Интервал QRS: 0,09 (норма 0.09).

Заключение: Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый, ЧСС в пределах нормы.

ЭхоКГ: Аорта: стенки не уплотнены, амплитуда движения сохранена, не расширена, диаметр восходящего отдела аорты – 21 мм (N – 21.2-27 мм), нисходящая аорта без особенностей. Левое предсердие: полость не увеличена, передне-задний размер 22,9 мм (N- 19.2-30мм) Левый желудочек: КСР- 28,8 мм (N – 24.3-28.9), КДР- 41,7 мм (N - 39.5-44.9 мм), УО-26,8 мл, МО = 3,40 л/мин, Глобальная сократимость миокарда левого желудочка: удовлетворительная ФВЛЖ – 65,4%

Движение стенок: синергичное Зоны гипокинезии, акинезии, дискинезии, гиперкинезии: не выявлено Межжелудочковая перегородка: толщина в диастолу- 7,3 мм (N- 5.5-7.9мм) интактная Задняя стенка левого желудочка: толщина в диастолу- 6,8 мм (N- 5.3-6.7мм) Межпредсердная перегородка интактна. Митральный клапан: Размер створки – 2,5 мм - норма, Створки подвижные. Правый желудочек: не увеличен. Длина – 6 см. Ширина – 2,1 см Правое предсердие: не увеличено Перикард: Жидкости в полости перикарда не выявлено

Заключение: Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная. Объемных перегрузок не выявлено. Клапанной патологии не выявлено.

КУДИ: Условия: пациент самостоятельно мочиться - ощущает наполнение мочевого пузыря, позывы к мочеиспусканию. Объем выведенной мочи - от 200-400мл Промежутки разные - от 2х часов до 4х. Подтекания мочи нет. После акта мочеиспускания - выводят мочу катетером (в среднем получают 50-100мл).

Протокол исследования: В мочевой пузырь установлен 2х ходовой цистоманометрический катетер-датчик, который свободно проведен по уретре в мочевой пузырь. В прямую кишку установлен баллонный катетер. Установлены кожные электроды. Мочевой пузырь наполнен стерильным физиологическим раствором комнатной температуры со скоростью 35 мл в минуту. 1 ощущение – 194 мл наполнения, 1 позыв – 210, сильный позыв – 225мл. Исследование прекращено на 225 мл - произошло самостоятельное опорожнение мочевого пузыря. Рост на протяжении всего исследование детрузерного давления постепенный, Рдет макс 5 см водного столба. На 194 мл отмечается резкий скачок детрузерного давления - до 44 см вод ст. момент опорожнения Рдет макс 89 см 194 210 225

Заключение: Гиперсенсорный мочевой пузырь. Детрузерно-сфинктерная диссинергия. Снижение

цистоманометрической емкости мочевого пузыря

Рекомендации :

Показана терапия – везикар 5 мг 1 р в сутки

Повторное исследование через 3 месяца

Рекомендации:

1. Наблюдение невролога, уролога, педиатра по месту жительства.

2. Медикаментозная коррекция:

нейромультивит 1 т x 3 раза во время еды, продолжить до 2 мес

нейромидин (аксамон, ипигрике) 20 мг 1 т x 3 р продолжить до 2 мес

вигантол 5 к ежедневно, постоянно, под контролем 25(ОН)витД 1 раз в 3 месяца

сирдалуд 2 мг x 2 раза, увеличивая дозировку при нарастании спастики под контролем невролога

баклосан 10 мг x 1 раз, добавить к сирдалуду при нарастании спастики под контролем невролога

везикар 5 мг 1 р в сутки под контролем нейроуролога

3. Специальные средства при нарушении функции выделения:

мочеприемник ножной (мешок для сбора мочи), дневной,

мочеприемник прикроватный (мешок для сбора мочи), ночной,

катетер для самокатетеризации лубрицированный с гидрофильным покрытием 12 Ch, 120 шт в мес

анальный тампон большой 30 шт в мес

подгузники, впитывающие не менее 800 мл

4. Ортопедическая коррекция:

грудопоясничный корсет среднежесткой фиксации

безнагрузочные туторы на голеностопные суставы с деротационным фиксатором

5. ТСР:

противопротезная подушка гелевая

кресло-коляска комнатная

кресло-коляска прогулочная активная

опора для стояния переднеопорная с изолированной фиксацией каждой ноги, абдуктором, упором для

коленей, столиком с подлокотной частью, поддержкой туловища, фиксатором таза, колесами большого

радиуса для самостоятельного передвижения с использованием рук

кресло-стул с санитарным оснащением, с возможностью изменения угла наклона спинки, подножки и

всего сиденья целиком, с корректирующими поддержками туловища и ремнем для поддержки таза.

трехзамковый аппарат для нижних конечностей с полукорсетом

6. ЛФК:

- Пассивная, активно-пассивная лечебная гимнастика или иные ингибирующие техники, направленные на уменьшение патологического тонуса в нижних конечностях.

- Общеразвивающие упражнения верхними конечностями с предметами (гантели, ленты-эспандеры)

направленные на отработку разгибания в грудном отделе позвоночника, а также ориентации лопаток в задний наклон, депрессию и внутреннюю ротацию.

- Специальные упражнения, направленные на переориентацию задней миофасциальной цепи в верхней половине туловища и передней миофасциальной линии в нижней половине туловища (разгибание в грудном отделе позвоночника и ориентации тазового пояса в контролируемый задний наклон до нейтрального положения) в исходных положениях: «лежа на боку, упор на локоть и предплечье», «коленно-ладонная стойка», «сидя без опоры под спину, ноги в опоре о пол».

- Вставание и выствавание в коленном упоре с акцентом переноса усилия с рук в ноги за счет моторного контроля туловища.

- Компенсаторная ходьба в ходунках.

- Занятия в бассейне.

7. Реабилитационные курсы 2 раза в год согласно ИПР в специализированных центрах 2 этапа по месту жительства.

8. Санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях для пациентов с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Дата: 29.03.2019 10:15

Зав. отд. двиг. реабилитации, врач-невролог /

/Новоселова Ирина Наумовна

Зав. отд. реабилитации, врач-невролог /

/Мамонтова Наталья Анатольевна

