

## Выписной эпикриз № 82/2305

**Москалев Иван Дмитриевич, 2009 года рождения, прошел курс восстановительного лечения в отделении детской реабилитации РЦ Преодоление с 27.02.2023г по 26.03.2023г**

### Диагнозы:

**Основной диагноз: T91.3** Последствия травматического повреждения спинного мозга от 17.04.2021 г. Компрессионный перелом Th 5-Th6 позвонков, множественные переломы дуг, остистых отростков и реберно-поперечных отростков Th4, Th5, Th6 позвонков, с компрессией, ушибом, гематомиелией спинного мозга на уровне Th6. Состояние после оперативного лечения от 18.04.2021 - декомпрессивная ламинэктомия Th6, транспедикулярная фиксация Th4,5 - Th 7, 8, репозиция оси позвоночного канала. Состояние после удаления винто-стержневой металлоконструкции от 21.09.2022. Нижняя параплегия. Нарушение функции тазовых органов. Нейрогенный мочевой пузырь.

**Осложнение основного заболевания: N31.8** Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (арефлекторный гипертоничный мочевой пузырь). Хроническая задержка мочи до 100 % объема мочевого пузыря. Недержание мочи от переполнения. **N39.0** Инфекция мочевыводящих путей рецидивирующая вне обострения.

**Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ):** b320.3, b320.3, b6201.2, b6201.2, b6202.4, b6202.4, b6208.3, b6208.3, b630.3, b630.2, d2401.1, d2401.2, d4100.2, d4103.2, d4106.2, d4200.2, d4201.2, d5301.2

**Жалобы:** нарушение движения в ногах, нарушение чувствительности ниже пупка, нарушение функции тазовых органов

**Анамнез заболевания:** Исходя из предоставленной медицинской документации и со слов родственников, 17.04.2021 на даче катался на машине со своим двоюродным братом, сидел на пассажирском переднем сидении, был не пристегнут. Водитель не справился с управлением, машина улетела с дороги в кювет, мальчика выбросило из машины, его обнаружили прохожие. Доставлен БСМП в МДГКБ в тяжелом состоянии, до 23.04.2021 г находился в ОРИТ с диагнозом - Сочетанная травма, компрессионный перелом Th5-Th6 позвонков, множественные переломы дуг, остистых отростков, реберно-поперечных отростков Th4 - Th5-Th6. Компрессия и ушиб спинного мозга на уровне Th6. Синдром полного поперечного поражения спинного мозга, нижняя параплегия, НФТО по центральному типу. Спинальный шок. ЗЧМТ. Сотрясение ГМ. Ушиб легких, левосторонний парциальный пневмоторакс. Двусторонняя аспирационная пневмония. Множественные ссадины лица, правого плеча, коленей. 18.04.2021 проведено оперативное вмешательство - Декомпрессивная ламинэктомия Th6. Транспедикулярная фиксация. Th4, 5, 7, 8 позвонков, репозиция оси позвоночного канала. Проходил курсы реабилитации в НИИ НДХиТ с положительной динамикой с 12.07 по 01.08 2021, в течение курса вертикализирован на заднеопорном поворотном столе до угла 60 - 80 гр, выставлен в



трехзамковых аппаратах, с полукорсетом в тренажер лестница-брусья, прошел курс тренировок на роботизированном комплексе с БОС Locomat Pro, высажен в кресло-коляску. Далее проходил курсы восстановительного лечения в НПЦ МСР им Л.И. Швецевой, НПЦ ДП с минимальной положительной динамикой.

КТ денситометрия от 07.2021 - по данным КТ денситометрии признаков остеопороза не выявлено, минеральная плотность костной ткани соответствует возрастным значениям.

Оперативное лечение по удалению металлоконструкции от 21.09.2022

МРТ от 22.09.2022 - состояние после декомпрессивной ламинэктомии Th6, транспедикулярной фиксации Th4-Th7, репозиции оси позвоночного столба от 18.04. 2021, последующего удаления металлоконструкции от 21.09.2022. МР признаки кистозной трансформации спинного мозга на уровне С3-Th1 с увеличением его объема и компрессией субарахноидального пространства.

Клиновидная деформация тел позвонков Th4, Th5, Th6.

Аллергоанамнез не отягощен.

Учится в 7 классе, надомное обучение.

В настоящий момент постоянно принимает - Витамин Д3 3000 МЕ ежедневно, Форлак детский 4 г по 1 пакетику 1 раз в день, сорбифер по 1 таб 1 раз в день.

В РЦ Преодоление для проведения курса восстановительного лечения обратился впервые.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 42 кг. Сознание ясное, самочувствие хорошее. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски, чистые.

Температура тела 36.6. Пониженного питания. Костно-мышечная система развита

удовлетворительно, суставы не деформированы, не отечны. Периферические лимфоузлы не увеличены, эластичные, безболезненные. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Поверхностные вены нижних конечностей не расширены. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Симптомов раздражения брюшины и пузырных нет. Печень, селезенка не пальпируется. При аускультации шумы

кишечной перистальтики. Грыжевых выпячиваний передней брюшной стенки нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация мочевого пузыря безболезненная.

Per rectum: перианальная область не изменена. Пролежней нет.

**В неврологическом статусе:** В сознании, контактен, эмоциональный фон ровный.

Ориентирован в месте, времени, собственной личности. Мотивирован к реабилитации.

Менингеальные и общемозговые симптомы отсутствуют.

Речь не нарушена. Инструкции понимает, выполняет правильно в пределах двигательных возможностей. Глазные щели D=S, зрачки D=S. Функции ЧН без патологии, легкая асимметрия носогубных складок. Движения в шейном отделе позвоночника не ограничены. Мышечный тонус повышен в ногах по Эшфорт до 2 баллов, с эпизодами повышения до 3 баллов.

Мышечная сила снижена в руках (справа/слева): отведение плеча 5/5 б, сгибание предплечья (С5) 5/5, разгибание предплечья (С7) 5/5, разгибание запястья (С6) 5/5, сгибание пальцев С8 5/5, отведение мизинца (Т1) 5/5.

Нижняя парапарезия Сгибание бедра (L1/2) 0/0б., Разгибание бедра (L5/S1) 0/0б., Приведение бедра (L2/3) 0/0б., Отведение бедра (L4/5) 0/0б., Сгибание колена (S1) 0/0б., Разгибание колена (L3/4) 0/0б., Тыльное сгибание стопы (L4) 0/0б., Подошвенное сгибание стопы (S1/2) 0/0б.,

Длинный разгибатель большого пальца стопы (L5) 0/0б.

Наполнение мочевого пузыря ощущает, ощущает позывы на дефекацию. Находится на периодической катетеризации. Стул 1 раз в 2 дня с механической стимуляцией.

Чувствительность: снижена с уровня Th 5 - тактильная гипестезия. Глубокая чувствительность, холоддовая и температурная сохранены.



Сухожильные рефлексы с рук достаточны, без расширения рефлексогенных зон, симметричны.

Сухожильные рефлексы с ног резко оживлены, с расширением рефлексогенных зон, клонусы стоп, S=D. Патологические стопные знаки слева. ( Россолимо, Бабинского)

К вертикализации адаптирован - высажен в кресло-каталку , управляет креслом-каталкой активного типа. По утрам склонность к гипотензии, после разминки давление нормализуется.

Стоит дома в глайдере без аппаратов до 120 минут в день. Передвигается на кресле-каталке, нуждается в посторонней помощи.

**Результаты лабораторных методов исследований:** Биохимический анализ крови от 2023-02-

28: Общий белок (TP) 69.49 г/л, Аланинаминотрансфераза (ALT) 21.00 Ед/л, Аспаратаминотрансфераза (AST) 16.00 Ед/л, Билирубин общий (TB) 10.70 мкмоль/л, Билирубин прямой (DB) 4.8 мкмоль/л, Билирубин непрямой (билирубин неконъюгированный) 5.90 мкмоль/л, Креатинин (Crea) 59.00 мкмоль/л, Мочевина (Urea) 3.78 ммоль/л, С-реактивный белок (CRP), ультрачувствительный метод 0.03 мг/дл

Биохимический анализ крови от 2023-02-28: 25-ОН витамин D (25-Hydroxyvitamin D) 66.4 нг/мл

Коагулограмма от 2023-02-28: Фибриноген (Fibrinogen) 2.40 г/л, Международное нормализованное отношение, МНО 1.26 , Протромбин (Prothrombin) по Квику 71.7 %, Активированное частичное тромбопластиновое время (Activated Partial Thromboplastin Time) 29.1 сек, АЧТВ 1.07 Ratio

Общий анализ крови от 2023-02-28: Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 8.00 мм/час, Общее количество лейкоцитов (WBC)  $4.94 \cdot 10^9$ /л, Общее количество эритроцитов (RBC)  $5.10 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин (Hb) 146.00 г/л, Гематокрит (Ht) 44.20 %, Средний объем эритроцита (MCV) 86.70 фл, Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) 28.60 пг, Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (MCHC) 330.00 г/л, Распределение эритроцитов по объему (RDW CV) 13.0 %, Тромбоциты (PLT)  $359.00 \cdot 10^9$ /л, Палочкоядерные нейтрофилы 1.00 %, Сегментоядерные нейтрофилы 53.00 %, Эозинофилы 3.00 %, Базофилы 0 %, Моноциты 7.00 %, Лимфоциты 36.00 %, Плазматические клетки 0 %, Абсолютное содержание нейтрофилов  $2.67 \cdot 10^9$ /л, Абсолютное содержание эозинофилов  $0.15 \cdot 10^9$ /л, Абсолютное содержание базофилов  $0 \cdot 10^9$ /л, Абсолютное содержание моноцитов  $0.35 \cdot 10^9$ /л, Абсолютное содержание лимфоцитов  $1.78 \cdot 10^9$ /л

Общий анализ мочи от 2023-02-28: Физико-химические свойства - , Цвет мочи Светло-желтый , Прозрачность Прозрачная , Относительная плотность 1.015 , рН мочи 5.5 , Белок 0 г/л, Глюкоза в моче 0 ммоль/л, Уробилиноген Присутствует в физиологической концентрации , Микроскопические исследования - , Клетки плоского эпителия 0-1 в препарате , Лейкоциты в моче 0-1 ед.в п/зр

Биохимический анализ крови от 2023-02-28: Железо (Fe) 23.00 мкмоль/л

Биохимический анализ крови от 2023-02-28: Ферритин (Ferritin) 25.62 нг/мл

Посев на флору с определением чувствительности от 2023-02-28: Заключение к исследованию на аэробную и факультативно-анаэробную флору с определением чувствительности к расширенному спектру антимикробных препаратов В исследуемом биоматериале микрофлоры не обнаружено. , Микроорганизмы и чувствительность к АМП , Локус

**Результаты инструментальных методов обследования:**[28.02.2023] ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 87 в мин.. Вертикальное положение ЭОС

[02.03.2023] 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.

[02.03.2023] Протокол ультразвукового исследования органов брюшной полости: Печень:

Правая доля: не увеличена 12,1 см (N до 15,0 см) Левая доля: не увеличена 3,8 см (N до 6,0 см)

Контур: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя Сосудистый рисунок: не изменен Новообразования: не лоцируются Кисты: не лоцируются Внутрипечёночные протоки не уплотнены, не расширены

Желчный пузырь: Не увеличен 5,6 x 2,8 см (8,0 x 3,0 см) Стенки: средней эхогенности, не утолщены 0,3 см (до 0,3 см) Перегиб в области шейки Конкременты: не лоцируются Полипы: не лоцируются Содержимое неоднородное, лоцируется изоэхогенная взвесь в небольшом количестве 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 2,9 см (1,1 - 3,0 см) тело: не увеличено 1,3 см (0,5 - 2,0 см) хвост: не увеличен 2,4 см (0,7 - 3,5 см) Контур: ровные, чёткие Структура: однородная

Эхогенность: средняя Новообразования: не лоцируются Кисты: не лоцируются

Селезенка: Не увеличена 10,2 x 4,0 см (12,0 x 5,0 см). Контур: ровные, чёткие Структура: однородная Эхогенность: средняя СИ 17,2 (до 25 см.кв.)

Заключение: УЗ-признаки деформации желчного пузыря, застойного содержимого полости желчного пузыря

[02.03.2023] УЗИ органов забрюшинного пространства и малого таза: Почки: Расположены

типично, подвижность в пределах нормы Размеры не изменены: правая: 9,7 x 5,8 см, левая: 9,3 x

5,8 см (12,0 x 5,0 см) Кортико-медуллярная дифференциация сохранена Контур: ровные,

чёткие Структура паренхимы: однородная Толщина паренхимы: справа 2,4 см, слева 1,9 см

Ч.Л.С. не расширена Конкременты: не лоцируются Новообразования не лоцируются Кисты: не

лоцируются Надпочечники: чётко не лоцируются

Мочевой пузырь: Локализация: типичная Форма: округлая Стенки: ровные, не утолщены, не

прерывистые Внутренний контур чёткий, ровный Содержимое однородно Конкременты: не





лоцируются Дивертикулы: не лоцируются Новообразования: не лоцируются Объем остаточной мочи 150\* мл.

Предстательная железа: Локализация: типичная Капсула: не уплотнена, не утолщена Форма: овальная Контуры: четкие, ровные Размеры: передне-задний 1,4 см (1,6-2,3 см) поперечный 2,0 см (2,7-4,3 см) верхне-нижний 1,9 см (2,4-4,1 см) объем 2,5 см<sup>3</sup> (до 20 см<sup>3</sup>) Доли: симметричные Междолевая борозда: выражена Структура: однородная Новообразования: не лоцируются Заключение: Структурной патологии не выявлено

**Консультирован врачом ЛФК:** Назначен индивидуальный план реабилитационных мероприятий

Показано:

- Кинезотерапия индивидуальная 60 минут №20
- Механотерапия индивидуальная №20
- Гидрокинезотерапия индивидуальная №10
- Социально-бытовая адаптация (эрготерапия) № 8
- Баланс-тренинг №12
- Функционально-пространственная реабилитация №12
- Занятия в ЕМС студии

Под контролем АД и ЧСС!

**Консультирован физиотерапевтом:** Назначен индивидуальный план поэтапного физиотерапевтического воздействия

- 1.Переменное магнитное поле на область мочевого пузыря и пояснично-крестцовую зону № 10
- 2.Магнитолазерная терапия на область грудного отдела позвоночника № 10
- 3.Массаж спины, нижних конечностей № 15

Пациент Москалев И.Д. заканчивает получение физиотерапевтического воздействия:

Переменное магнитное поле на область мочевого пузыря и пояснично-крестцовую зону.

Выполнено 9 процедур. Переносимость хорошая. Без существенной динамики. Продолжать до № 10

С 15.03.2023г назначается:

Прессотерапия на нижние конечности № 10

**Консультирован урологом:** Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (арфлекторный гипертоничный мочевой пузырь).Хроническая задержка мочи до 100 % объема мочевого пузыря. Недержание мочи от переполнения.,

Инфекция мочевыводящих путей рецидивирующая вне обострения

Показано продолжение режима периодической катетеризации (самокатетеризации) мочевого пузыря, добавить детрузор-стабилизирующую терапию (солифенацин) длительно.

1. Солифенацин (Везикар) 5 мг x 1 раз в день утром длительно
2. С целью компенсации нарушенной эвакуаторной функции нижних мочевыделительных путей рекомендовано выполнение метода периодической катетеризации мочевого пузыря, с интервалом не более 3-4 часов, ночью до 6 часов, объем накапливаемой мочи не более 400 мл.\*\*Рекомендованный вид технических средств реабилитации – катетер лубрицированный для самокатетеризации с зафиксированным гидрофильным покрытием, размер 12 Шарьер, тип Нелатон , количество 6 в сутки.

На территории РФ зарегистрированы виды катетеров отвечающие указанным требованиям:

Джентлкет (производитель Конватек), Спидикет, Изикет (производитель

Колопласт) .\*\*Рекомендовано внесение данного технического средства реабилитации ( пункт 21-01-20 приказов Министерства труда и Социальной защиты № 85н, 86н, №888) - катетер



лублицированный для самокатетеризации в ИПРА.

3. При появлении косвенных признаков обострения хронической инфекции нижних мочевыделительных путей (изменение запаха мочи, присоединение патологических примесей, сокращение сухих промежутков между мочеиспусканиями/катетеризациями, дискомфорт в проекции мочевого пузыря) – забор катетером общего анализа мочи и бактериологического анализа мочи с определением чувствительности к антибиотикам (бак.посев мочи), при повышении температуры тела дополнительно сдать общий анализ крови, при возможности С-реактивный белок.

До получения результатов анализов прием препарата Монурал 3,0 г х однократно на ночь, с повтором приема через 48 часов, затем Фурагин 50 мг х 3 раза в день 5 дней. Выбор дальнейшей терапии антибактериальным препаратом строго по антибиотикограмме из результатов бак.посева мочи.

4. При частых рецидивах мочевого инфекции принимать поддерживающую дозу фуразидина 50 мг на ночь до 3-6 месяцев + фосфомицин 3 г на ночь 1 раз в неделю

5. Питьевой режим до 2 л/сутки

6. Мониторинг: -УЗИ почек и мочевого пузыря 1 раз в 6 месяцев. На максимальный функциональный объем (более 300 мл) и после отведения мочи катетером; \*\*При появлении признаков расширения полостных систем почек по данным УЗИ решение вопроса целесообразности цистографии, для исключения ПМР; \*\* - Уровень мочевины, креатинина крови - 1 раз в год\*\* - Комплексное уродинамическое исследование - 1 раз в год или при изменении клинической картины нарушений функции НМП; \*\* Ведение дневника мочеиспусканий/катетеризаций 2-3 суток каждый месяц с обязательным указанием времени и порций потребляемой жидкости, времени и порций выделяемой мочи (при непроизвольном выделении мочи порции учитывать по весу подгузника)

**Консультирован терапевтом:** Anamnesis vitea

Ребенок рожденный от здоровой молодой мамы, беременность 1- настоящая, проходила без осложнений. Ребенок родился на 40 неделе в головном предлежании, без осложнений, Закричал сразу, симптомов асфиксии не выявлено. По Шкале Апгар 9/9 Баллов. На 1 году жизни развивался по возрасту, психо-эмоционально стабилен. Привит согласно календарю прививок Рф и возрасту ребенка. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-р в год, ветряная оспа, заболевания мочевыводящей системы. Заболевания желчного пузыря, в виде лабильного перегиба и периодический холангиохолестаз. Последствия позвоночно-спинномозговой травмы. Компрессионный перелом Th5.Th6 с компрессией и гематомиелией спинного мозга. Нарушение тазовых функций. Состояние после оперативного лечения с 10.04.2021.

В настоящее время принимает лечение

1 Лактулоза - Дюфалак или Нормазе 15, 0 мл х 1р утром длительно

2 Панкреатин - Креон 10.000 по 1капс х 1р день во время еды 21 день

3 Тримебутин- Тримедат 100 мг по 1табл х 1р день 10 дней

Status praesens

Состояние на момент осмотра удовлетворительное. Самочувствие хорошее, эмоционально позитивен. Кожные покровы, чистые от сыпи, бледно-розовые, влажные. Температура 36,7С. Пониженного питания, костно-мышечная система развита удовлетворительно, суставы не деформированы, не отечны, без болезненности. Периферические лимфоузлы не увеличены, эластичные, без болезненности. Носовое дыхание свободное. Язык обложен бело-желтым



налетом, с незначительным неприятным запахом изо рта. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов, одышки нет, ЧД - 24 в минуту. Живот правильной формы, не опух, не подвздут газами, не отмечается болезненность в проекции желчного пузыря на фоне терапии.

Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Печень, селезенка не пальпируется. Грыжевых выпячиваний передней брюшной стенки не выявлено. При аускультации = симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация мочевого пузыря - безболезненная, чувствительна. Периферических отеков нет. Пролежней нет. психо - эмоционально позитивен. Стул, диурез - катетеризация мочевого пузыря.

## Заключение

1 Учитывая, данные соматического осмотра ребенка и обострение заболевания хронического ДЖВП на фоне основного заболевания, рекомендована терапия корректирующая, которая не является противопоказанием для проведения всего комплекса системы реабилитации.

## Рекомендовано:

- 1 продолжать рекомендации врача - невролога и реабилитационной программы
- 2 Начать прием Донперидон - Мотилиум по 1табл x 1р день за 30 минут до еды 10 дней
- 3 Тримебутин Тримедат 10 мг по 1табл x 2р день - за 30 минут 14 дней
- 3 Стол №5 на 14дней, маме рекомендации объяснены.
- 4 Повторить Узи брюшной полости после курса терапии от 22.03.2023
- 5 Сдать кал капрограмму.

## Консультирован клиническим психологом: Социально-психологический статус

Сознание ясное. Пациент в ситуации обследования придерживается адекватного поведения, контактен в ходе беседы, критичен по отношению к своему состоянию, ориентирован в месте, времени и своей личности. В ходе выполнения проб наблюдается интерес к результатам обследования, в целом отношение к ситуации обследования положительное, мотивация умеренная. Фон настроения ровный, нейтральный. Инструкции понимает и удерживает в полном объеме. При выполнении заданий преобладает мотивация избегания неудач над мотивацией достижения успеха. На критику реагирует с тревогой, ошибки исправляет, в ответах часто склонен к социально одобряемым реакциям. Во время беседы пассивен, молчалив, на вопросы отвечает лаконично, словарный запас в норме. В целом речь грамотна, голос выразительный, мимика живая. Утомляемость в пределах нормы.

## Психологическая диагностика

По результатам выполнения методик выявлено следующее:

Внимание устойчивое, объем в норме, распределение и переключаемость не нарушены, как между пробами, так и в рамках отдельного задания.

Память сохранна, объем в норме, кратковременно запоминает и удерживает достаточное количество единиц информации, воспроизводит отсрочено.

В лично-мотивационной сфере по цветовому тесту Люшера преобладает потребность в активном движении и одобрении, основная психологическая защита - рационализация и интеллектуализация (склонность находить причинно-следственные связи там, где их нет, для объяснения неприятных событий и нахождения им причин, что ведет к когнитивным искажениям и неконструктивным убеждениям), также из особо дезадаптивных психологических защит выделяется вытеснение (подавление неприятных переживаний и воспоминаний).

Преобладающий способ совладающего поведения - подавление эмоций, избегание неприятной ситуации или просьба о помощи. При этом критика к тому, что самостоятельное поведение является слабым местом, сохраняется, но осознанные мысли о самостоятельности вызывают



иррациональную тревогу, которая сразу же купируется психологическими защитами.

По методу исследования самооценки Дембо-Рубинштейн выявляются завышенные требования к самому себе, высокий уровень притязаний, трудности формулирования отношения к своей внешности, оценивание навыков и умений исключительно через призму прошлых достижений, оценка "здесь и сейчас" затруднена. Мотивация на реабилитацию внешняя, внутреннее желание работать на результат несколько слабее, так как нет ощущения своей способности достигнуть этого результата.

Гнозис, праксис, чтение, счет, мышление не имеют выраженных особенностей.

**Заключение**

Предполагается, что пациент не адаптируется к своему состоянию физической слабости по двум причинам:

- страх самостоятельности, неуверенность в своих силах в связи с не до конца сформированной самооценкой;
- неконструктивные способы психологической защиты от страха (вытеснение, рационализация как частично дезадаптивный способ), неконструктивные способы совладания в трудных ситуациях (подавление переживаний, избегание).

Достигнута положительная динамика

В ходе беседы пациент сориентировался в своих переживаниях, нашел им объяснение и осознал, что есть куда больший набор способов совладания, чем использовался им раньше. Тревога снизилась по показателям личностно-ориентированных проективных методик, напряжение в связи с внутрличностным конфликтом так же снизилось.

**Рекомендации на выписку**

Рекомендуется обратиться к психологу-консультанту для сопровождения на период реабилитации, организовать возможность для участия в группах поддержки для людей, получивших схожие травмы, адаптировать среду за пределами реабилитационного центра таким образом, чтобы снизить ощущение неспособности, несамостоятельности, зависимости от окружающих.

В индивидуальной работе рекомендуется обратить внимание на работу с эмоциональным интеллектом, а именно на снижение уровня алекситимии, в рамках арт-терапии, музыкотерапии, сказкотерапии, игровой терапии. Сценарий работы эффективнее ориентировать на поиск внутренней мотивации для реабилитации, которая поможет совладать с тревогой перед самостоятельностью (сюжеты с вдохновляющими персонажами, игры на достижение успеха и т. д.)

**Проведено лечение:** Социально-бытовая реабилитация: Осмотр специалиста по социально-бытовой адаптации

Восстановительная терапия: Баланс-тренинг, Гидрокинезотерапия, Занятие на роботизированном комплексе "ЭкзоАтлет", Массаж классический, Механотерапия индивидуальная, Сеанс индивидуальной кинезотерапии с инструктором (45 минут)

ФТЛ: Магнитотерапия: ПЕМП, Прессотерапия

**Медикаментозное лечение:** Форлак по 1 пакетик 1 раз в день

Везикар 5 мг 1 раз в день утром

Нейромидин 20 мг 2 раза в день - 2 месяца

Баклосан 10 мг утром, 10 мг вечером

**За время пребывания в центре отмечается положительная динамика:**



Мальчик адаптировался к физической нагрузке. Увеличилась амплитуда пассивных движений в суставах конечностей, окрепли мышцы спины, живота, верхних конечностей. Научился пересаживаться с низкой кушетки( 40 см) на коляску и обратно. Практически обучен пересаживанию с пола на коляску. Уменьшилась спастичность мышц нижних конечностей. Окрепли мышцы спина, слегка скорректирована сколиотическая деформация позвоночника. Улучшился баланс корпуса. Стал лучше сидеть в коляске и без поддержки спины. На занятиях по социально-бытовой адаптации достигнута положительная динамика при самостоятельном перемещении с инвалидного кресла на кровать и обратно, а также укладывание себя на кровать. Достигнута положительная динамика при самостоятельном перемещении с инвалидного кресла на санитарный стул и обратно.

На занятиях с психоогом - в ходе беседы пациент сориентировался в своих переживаниях, нашел им объяснение и осознал, что есть куда больший набор способов совладания, чем использовался им раньше. Тревога снизилась по показателям личностно-ориентированных проективных методик, напряжение в связи с внутрличностным конфликтом так же снизилось.

**Объективные методы оценки:** Проба с полуортостазом - адекватна

Проба с ортостазом - адекватна.

mRS4

ШРМ4

Проба с полуортостазом - адекватна

Проба с ортостазом - адекватна.

mRS4

ШРМ4

**Рекомендации по ТСР и средствам ухода:** Врач уролог: Катетер для самокатетеризации лубрицированный 280шт.

Рекомендованный вид технических средств реабилитации – катетер лубрицированный для самокатетеризации с зафиксированным гидрофильным покрытием, размер 12 Шарьер, тип Нелатон , количество 8-9 в сутки.

На территории РФ зарегистрированы виды катетеров отвечающие указанным требованиям:

Джентлкет (производитель Конватек), Спидикет, Изикет (производитель

Колопласт) .\*\*Рекомендовано внесение данного технического средства реабилитации ( пункт 21-01-20 приказов Министерства труда и Социальной защиты № 85н, 86н, №888) - катетер лубрицированный для самокатетеризации в ИПРА.

Врач по ЛФК: Кресло-коляска с ручным приводом комнатная; противопролежневая подушка в коляску.

**Рекомендовано:**

1. Наблюдение невролога, педиатра, нейрохирурга, нейроуролога по месту жительства.

2. Продолжить непрерывный курс реабилитации по месту жительства.

3. Рентгеновская денситометрия 1 раз в год в плановом порядке( ЦИТО им Приорова)

4. Медикаментозно:

Форлак по 1 пакету 1 раз в день длительно

Нейромидин 20 мг 2 раза в день - 2 месяца



Баклосан 5 мг утром, 10 мг днем, 10 мг вечером - длительно

5. Рекомендации уролога:

- Солифенацин (Везикар) 5 мг x 1 раз в день утром длительно  
- С целью компенсации нарушенной эвакуаторной функции нижних мочевыделительных путей рекомендовано выполнение метода периодической катетеризации мочевого пузыря, с интервалом не более 3-4 часов, ночью до 6 часов, объем накапливаемой мочи не более 400 мл.\*\*Рекомендованный вид технических средств реабилитации – катетер лубрицированный для самокатетеризации с зафиксированным гидрофильным покрытием, размер 12 Шарьер, тип Нелатон, количество 6 в сутки.

На территории РФ зарегистрированы виды катетеров отвечающие указанным требованиям: Джентлкет (производитель Конватек), Спидикет, Изикет (производитель Колопласт).\*\*Рекомендовано внесение данного технического средства реабилитации ( пункт 21-01-20 приказов Министерства труда и Социальной защиты № 85н, 86н, №888) - катетер лубрицированный для самокатетеризации в ИПРА.

- При появлении косвенных признаков обострения хронической инфекции нижних мочевыделительных путей (изменение запаха мочи, присоединение патологических примесей, сокращение сухих промежутков между мочеиспусканиями/катетеризациями, дискомфорт в проекции мочевого пузыря) – забор катетером общего анализа мочи и бактериологического анализа мочи с определением чувствительности к антибиотикам (бак.посев мочи), при повышении температуры тела дополнительно сдать общий анализ крови, при возможности С-реактивный белок.

До получения результатов анализов прием препарата Монурал 3,0 г x однократно на ночь, с повтором приема через 48 часов, затем Фурагин 50 мг x 3 раза в день 5 дней. Выбор дальнейшей терапии антибактериальным препаратом строго по антибиотикограмме из результатов бак.посева мочи.

- При частых рецидивах мочевого инфекции принимать поддерживающую дозу фуразидина 50 мг на ночь до 3-6 месяцев + фосфомицин 3 г на ночь 1 раз в неделю

- Питьевой режим до 2 л/сутки

- Мониторинг: -УЗИ почек и мочевого пузыря 1 раз в 6 месяцев. На максимальный функциональный объем (более 300 мл) и после отведения мочи катетером;\*\*При появлении признаков расширения полостных систем почек по данным УЗИ решение вопроса целесообразности цистографии, для исключения ПМР;\*\* - Уровень мочевины, креатинина крови - 1 раз в год\*\* - Комплексное уродинамическое исследование - 1 раз в год или при изменении клинической картины нарушений функции НМП;\*\* Ведение дневника мочеиспусканий/катетеризаций 2-3 суток каждый месяц с обязательным указанием времени и порций потребляемой жидкости, времени и порций выделяемой мочи (при непроизвольном выделении мочи порции учитывать по весу подгузника)

6. Продолжать выполнять рекомендации методиста и врача ЛФК для закрепления и улучшения полученных результатов. Индивидуальная кинезотерапия, направленная на:

-повышение толерантности к физической нагрузке, достижение адекватной реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку

-увеличения мышечной силы в мышцах верхних и нижних конечностей

-укрепления мышц спины, живота, верхних конечностей, нижних конечностей

- обучение доступным навыкам самообслуживания



- расширение двигательного режима.
- снижение патологического мышечного гипертонуса конечностей.

## 7. Курсы ФЗТ:

- синусоидальные модулированные токи
  - инфракрасное лазерное излучение (ХИЛ-терапия) на область ниже-грудного и поясничного отделов позвоночника
  - курс прессотерапии на нижние конечности
  - гальванические ванны
  - ХИЛ-терапия
  - магнитотерапия на область мочевого пузыря и область тазобедренных суставов
- курсы массажа, иглорефлексотерапия, гидрокинезотерапии.

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

В целях профилактики тромбозов и при вертикализации пациента целесообразно надевание компрессионного белья или бинтование ног эластичными бинтами. Ежедневная обработка пролежня с растворами антисептиков, повидон-йода.

9. Продолжить непрерывный курс восстановительного лечения. Санаторно-курортное лечение. Курсы реабилитации в специализированных учреждениях не реже 4 раз в год. Повторный курс восстановительного лечения в РЦ Преодоление.

10. Рекомендации клинического психолога- Рекомендуется обратиться к психологу-консультанту для сопровождения на период реабилитации, организовать возможность для участия в группах поддержки для людей, получивших схожие травмы, адаптировать среду за пределами реабилитационного центра таким образом, чтобы снизить ощущение неспособности, несамостоятельности, зависимости от окружающих.

В индивидуальной работе рекомендуется обратить внимание на работу с эмоциональным интеллектом, а именно на снижение уровня алекситимии, в рамках арт-терапии, музыкотерапии, сказкотерапии, игровой терапии. Сценарий работы эффективнее ориентировать на поиск внутренней мотивации для реабилитации, которая поможет совладать с тревогой перед самостоятельностью (сюжеты с вдохновляющими персонажами, игры на достижение успеха и т. д.)

## 11. Рекомендации врача педиатра:

- Начать прием Донперидон - Мотилиум по 1табл x 1р день за 30 минут до еды 10 дней при явлениях тошноты, отрыжки
- Тримебутин Тримедат 10 мг по 1табл x 2р день - за 30 минут 14 дней
- Стол №5 на 14дней , маме рекомендации объяснены.
- Повторить Узи брюшной полости после курса медикаментозной терапии
- Сдать анализ кала на копрограмму .

Реабилитационный прогноз: пациент сможет расширить навыки самообслуживания за счёт ТСР и физической реабилитации.

Пациент с нарушениями функций со средним реабилитационным потенциалом нуждается в



проведении медицинской реабилитации в специализированных отделениях медицинской реабилитации многопрофильных стационаров, санаториев или реабилитационных центров.

Диагноз скорректирован.

Критерии эффективности лечения достигнуты.

Пациенту выдана справка о прохождении курса реабилитации по месту требования.

Лучевая нагрузка (мЗв) — 0,02

Результаты остеоденситометрии: Tibia T= -0,6(норма)

Заведующая отделением детской реабилитации,

Врач невролог

Главный врач



Яковлева Ю. К.

Фу Р.Г.