

Выписной эпикриз

Дата: 04 февраля 2025 года.

Врач: Багаутдинов Артём Рифович.

Пациент Москалев Иван Дмитриевич, 14.05.2009 года рождения (15 лет)

Законный представитель: Немирская Жанна Викторовна, (мама).

Реабилитация: с 14 января по 04 февраля 2025 года.

№ истории болезни: 4337/2025.

ДИАГНОЗ ПО МКБ 10

Основное заболевание: Последствие закрытой позвоночно-спинномозговой травмы от 17.04.2021. Компрессионный перелом Th5-6 позвонков. Синдром полного поперечного поражения спинного мозга. Грубый нижний спастический парапарез. Гипестезия болевой чувствительности с уровня D8-D9. Нарушение функции тазовых органов по типу нарушения опорожнения мочевого пузыря.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ПО МКФ

При поступлении		При выписке	
Домен	ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА	Домен	ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА
b2702	Тактильная чувствительность		
2.	в правом и левом колене 0 баллов, бедро правое 2 балла, бедро левое 3 балла проприоцептивная чувствительность правая нога 1 балл, левая 2 балла	2.	в правом и левом колене 1 балл, бедро правое 2 балла, бедро левое 3 балла проприоцептивная чувствительность правая нога 1 балл, левая 2 балла
b7353	Тонус мышц нижней половины тела		
2.	тонус по Эшворт камбаловидная и икроножная +1 икроножная +1 приводящие мышцы бедра +1 разгибание колена +1	2.	тонус по Эшворт камбаловидная и икроножная +1 икроножная +1 приводящие мышцы бедра +1 разгибатели колена +1
Домен	АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ	Домен	АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ
d4103	Изменение позы при положении сидя		
2.1	осуществляет переход из положения сидя в стое с опорой на ходунки и переднеопорными аппаратами под визуальным контролем	1.2	осуществляет переход из положения сидя в стое с опорой на ходунки и переднеопорными аппаратами со страховкой
d4154	Нахождение в положении стоя		
2.3	Пребывание в положении стоя в течение требуемого времени, например, стоя в очереди.	2.3	стоит с опорой на ходунки и переднеопорными аппаратами с опорой в одну руку менее 5 сек
			стоит с опорой на ходунки и переднеопорными аппаратами с опорой в одну руку 30 сек

d4500	Ходьба на короткие расстояния	
3.3	проходит менее 30 метров с опорой на ходунки, однозамковыми аппаратами и страховкой за пояс	
d5702	Поддержание здоровья	
2.2	Не знает комплекс упражнений для коррекции сколиоза, занимается у шведской стены	0.0
		Выполняет комплекс упражнений для коррекции сколиоза, занимается у шведской стены

ЖАЛОБЫ

При поступлении: слабость и ограничение движений в нижних конечностях.

АНАМНЕЗ

Болезни:

Согласно медицинской документации и со слов матери, получил травму в результате ДТП, был экстренно госпитализирован с места происшествия в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу с диагнозом: Компрессионный перелом Th6 (A3) Перелом Th5 (A1), множественные переломы дуг, остистых отростков и реберно-поперечных отростков Th4-Th5-Th6 позвонков. Компрессия и ушиб спинного мозга на уровне D6: нижняя параплегия НФТО по центральному типу. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Ушиб легких, левосторонний пневмоторакс. Множественные ссадины лица. Проведено оперативное лечение от 18.04.2023: декомпрессивная ламинэктомия Th6, транспедикулярная фиксация Th4, Th5, Th7, Th8 позвонков репозиция оси позвоночного канала. После проходил неоднократно проходил курсы восстановительного лечения. Поступил в клинику ранней реабилитации "Три сестры".

Жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Туберкулез: в анамнезе отрицает, вирусные гепатиты (А, В, С): в анамнезе отрицает. ВИЧ: в анамнезе отрицает, венерические заболевания: в анамнезе отрицает.

Вредные привычки: отрицает.

Эпидемиологический

Выездов за границу у пациента, его родственников и ближайшего окружения не было. Контакт с пациентами с лабораторно подтвержденной инфекцией CoVid-2019 не было.

Аллергологический

Не отягощен.

Наследственный

Не отягощен.

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

Общее состояние при поступлении

Удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, побочных дыхательных шумов нет, частота дыхания 14 в минуту, SpO2 99 % на воздухе. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, АД на левой руке 120 / 74 мм. рт. ст., ЧСС 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Мочеиспускание не контролирует (периодическая катеризация). Стул контролирует частично.

Общее состояние при выписке

Удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, побочных дыхательных шумов нет, частота дыхания 15 в минуту, SpO2 99 % на воздухе. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, АД на левой руке 110/80 мм. рт. ст., ЧСС 66 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Мочеиспускание не контролирует (периодическая катеризация). Стул контролирует частично.

Неврологический статус при поступлении и при выписке

Сознание ясное. Ориентирован во времени и собственной личности. На вопросы отвечает правильно. Фон настроения ровный.

Менингеальных знаков нет. Черепные нервы: Лицо симметричное. обоняние не нарушено. Зрачки D=S. Фотореакции сохранены. Движения глаз в полном объеме. Конвергенция сохранена. Диплопии и нистагма нет. Чувствительность на лице не нарушена. Слух не нарушен. Глоточный сохранен, зев фонирован симметрично. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук сохранены, Мышечный тонус и Мышечная сила в руках сохранены.

Нижняя параплегия. Тонус повышен в ногах по пирамидному типу. Сухожильные рефлексы с ног повышены. Анестезия по проводниковому типу с сегмента D8. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с рук. В позе Ромберга не ставился. Тазовые функции нарушены по типу задержки.

Ход реабилитации

ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специалисты центра на встрече с пациентом и его родными согласовали задачи реабилитации: восстановление ходьбы.

Запланированные цели реабилитации были достигнуты:

- Иван проходит 30 метров с опорой на ходунки и в аппаратах со страховкой за пояс,
- выполняет рукопожатие стоя в аппаратах и с опорой на ходунки, держать левой рукой
- Может стоя удерживать пачку чипсов и передать другому человеку, без риска падения.

Во время реабилитации пациент получал занятия физической терапии; занятия эрготерапии; занятия с психологом; массаж; акватерапией (бассейн); процедуры гидромассажа; занятия механотерапией на тренажере Мотомед; занятия на тренажере-вертикализаторе Glider; теплотечение; электростимуляция; прессотерапия. Объем занятий — до 4-6 часов в день.

Оценка по шкале FIM (шкала функциональной независимости):

Оценка по шкале FIM выросла на 4 баллов: с 89 балла при поступлении до 93 баллов при выписке, при максимально возможных баллах - 126. Пациент зависит от окружающих.

Оценка по шкале ШРМ (шкала реабилитационной маршрутизации):

2 балла (легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности).

Следующая реабилитационная цель: Иван проходит 30 метров с опорой на ходунки и в аппаратах, встает с кресло-коляски в аппаратах и с опорой на 4х опорные трости для того чтобы взять диплом об окончании школы.

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 — результаты прилагаются.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Назначение	Доза	Время приема	Дата назначения	Дата отмены
Аквадетрим	6 капель	Утром	14.01.2025	
Форлакс	10 грамм	Утром	14.01.2025	
Монурал	3 гр	Вечер	27.01.2025	

Рекомендации пациенту

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

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Базовая терапия. Не предусмотрена.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- Продолжить занятия физической реабилитацией амбулаторно/дистанционно.
- Ежедневные занятия механотерапией на аппарате Мотомед.
- Продолжить выполнять упражнения, учитывая рекомендации центра.

ЭРГОТЕРАПИЯ

Рекомендации в отношении пациента: 1) Рекомендовано продолжать заниматься на вертикализаторе и мотомеде в домашних условиях
2) Рекомендовано продолжать проводить самокатетеризацию 8-9 раз в сутки катетером 12 размера
3) Проводить на улице не менее 30 минут в день
4) Проводить в кровати в дневное время суток не более 3 часов подряд
5) Следить за осанкой во время выполнения активности.

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 избегать 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 избегать 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.

КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ

Повторные курсы восстановительного лечения в специализированных центрах с целью поддержания достигнутых результатов и достижения следующих реабилитационных целей.

Лечащий врач Багаутдинов Артём Рифович

Главный врач Колбин Иван Александрович

