

Выписной эпикриз № 8/О

Сырбу Матвей Пантелеевич, 2006 года рождения, прошел курс восстановительного лечения в РЦ Преодоление с 07.12.2022 по 27.12.2022

Диагнозы:

Основной диагноз: T91.3 Последствия травматического повреждения спинного мозга от 26.06.2022. Закрытый нестабильный перелом тел С5-С6. Ушиб шейного отдела спинного мозга. Гематомиелия на уровне С3-С7. Верхний парапарез. Нижняя параплегия. Нарушение функции тазовых органов. Состояние после заднего билатерального спондилодеза шейного отдела позвоночника на уровне С4-С7 позвонков с коррекцией оси позвоночника от 02.08.2022 г. .

Осложнение основного заболевания: N31.8 Нейрогенная дисфункция нижних мочевыделительных путей на фоне цервикальной посттравматической миелопатии. Хроническая задержка мочи, статочной мочи более 50 % функционального объема. Императивное недержание мочи средней степени выраженности. Хроническая инфекция нижних мочевыделительных путей, неполная ремиссия. .

Сопутствующий диагноз: L89 Пролежень ягодичной области 2 ст..

Жалобы: слабость в руках, отсутствие движений в руках, нарушение самообслуживания, нарушение функции тазовых органов

Анамнез заболевания: Со слов родителей и предоставленной медицинской документации, 26.06.2022 прыгнул в воду с берега на озере Яльчик и ударился головой о дно. После появилась резкая боль в шее и слабость в теле, возникло затруднение дыхания. Самостоятельно выбраться из воды не смог. БСМП доставлен в Волжскую ЦРБ, выполнено КТ головы и шеи -признаки компрессионного перелома С3, С4, С5. В дальнейшем переведен в ДРКБ г Йошкар-Ола. Проводилась консервативная терапия. Переведен в НИИ НДХиТ, переведен для выполнения оперативного лечения. 02.08.2022 проведен задний билатеральный спондилосинтез шейного отдела позвоночника на уросне С4-С7 позвонков с коррекцией оси позвонков. В сентябре 2022 года проходил курс реабилитации в НИИ НДХиТ, оценка двигательной функции по шкале ASIA 16 баллов, болевой 84 балла, тактильной- 90 баллов. За курс реабилитации наблюдалась положительная динамика, обучен самостоятельному позиционированию в постели, вертикализирован на поворотном столе до угла подъема 60-70 гр, улучшилось использование верхних конечностей в аспекте тенодезного захвата, манипуляции, отпускания.

МРТ ШОП от 21.09.2022 -состояние после заднего билатерального спондилосинтеза шейного отдела позвоночника на уровне С4-С7 позвонков с коррекцией оси позвоночника от 02.08.2022.

МРТ картина передней клиновидности тел позвонков С5, С6. Посттравматических кистозных изменений С5-С6, валлеровой дегенерации спинного мозга на уровне С2-С4. Умеренный стеноз позвоночного канала на уровне С5-С6.

Перенесенные операции: аденотомия в 4 года, 2019 год - варикоцеле.

В предоперационном периоде возник тромбоз вен нижних конечностей, флотирующая головка 24 м. Терминальный эрозивный эзофагит. Язва луковицы 12типерстной кишки.

Аллергоанамнез не отягощен.

На момент осмотра постоянно принимает:

Дюфалак 30 мл 1 раз в день

Везикар 10 мг 1 раз в день утром

Нейромидин 20 мг 2 раза в день

В РЦ Преодоление обратился впервые.

Учится в школе, требуется справка.

Объективно: Состояние удовлетворительное. 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.

Местно: в ягодичной области, в проекции седалищного бугра поверхностный пролежень 3x2см. в центре которого имеются некрозы, перифокального воспаления нет, рана санирована раствором антисептика, наложена асептическая повязка Воскопран с метилурацилом.

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 1 балла, с эпизодами повышения до 2 баллов.

Мышечная сила снижена в руках (справа/слева): отведение плеча 5/5 б, сгибание предплечья (C5) 5/5, разгибание предплечья (C7) 2/2, разгибание запястья (C6) 3/3, сгибание пальцев C8 1/1 за счет спастики, отведение мизинца (T1) 0/0.

Нижняя параплегия 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., Внутренний наклон стопы (L4) 0/0б., Наружный наклон стопы (L5/S1) 0/0б.

Наполнение мочевого пузыря ощущает -рефлекторно холодеют руки. Пользуется памперсами, находится на периодической катетеризации. Стул 1 раз в 5-6 дней со слабительными.

Чувствительности: снижена с уровня C7 по проводниковому типу, анестезия Th5. Гипестезия с уровня T4. Поверхностная гипестезия, нарушена глубокая чувствительность. Сухожильные рефлексы с ног оживлены, с расширением рефлексогенных зон, клонусы стоп, S=D.

Патологические стопные знаки с двух сторон.(Россолимо, Бабинского)

К вертикализации не адаптирован - высажен в кресло-каталку с высоким подголовником, на ортостоле может находиться несколько минут под углом 60 градусов несколько минут без гипотензии в компрессионных чулках и корсете. Передвигается на кресле-каталке, нуждается в посторонней помощи. Самообслуживание - себя не обслуживает, нуждается в посторонней помощи.

Результаты инструментальных методов обследования:[08.12.2022] 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.

[08.12.2022] Протокол ультразвукового исследования органов брюшной полости: Печень:

Правая доля: не увеличена 11,7 см (N до 15,0 см) Левая доля: не увеличена 4,0 см (N до 6,0 см)

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

Желчный пузырь: Не увеличен 5,5 x 0,9 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 2,5 см (1,1 - 3,0 см) тело: не увеличено 0,7 см (0,5 - 2,0 см) хвост: не увеличен 2,5 см (0,7 - 3,5 см) Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя Новообразования: не лоцируются Кисты: не лоцируются

Селезенка: Увеличена 12,6 x 5,5 см (12,0 x 5,0 см). Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя СИ 30,8 (до 25 см.кв.)

Заключение: УЗ-признаки деформации желчного пузыря; умеренной спленомегалии

[08.12.2022] УЗИ органов забрюшинного пространства и малого таза: Почки: Расположены типично, подвижность в пределах нормы Размеры не изменены: правая: 10,1 x 4,0 см, левая: 11,5 x 3,8 см (12,0 x 5,0 см) Кортико-медуллярная дифференциация сохранена Контуры: ровные, четкие Структура паренхимы: однородная Толщина паренхимы: справа 1,5 см, слева 1,4 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: неоднородно, в полости мочевого пузыря лоцируется гиперэхогенная взвесь, толщиной слоя до 1,1 см 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 2,3 см (1,6-2,3 см) поперечный 4, см (2,7-4,3 см) верхне-нижний 2,4 см (2,4-4,1 см) объём 11,1 см³ (до 20 см³) Доли: симметричные Междолевая борозда: не выражена Структура: неоднородная, участки фиброза в центральной зоне Новообразования: не лоцируются

Заключение: УЗ-признаки неоднородного содержимого полости мочевого пузыря; диффузных изменений предстательной железы

[09.12.2022] ЭКГ: Миграция водителя ритма по предсердиям, ЧСС 71 в мин.. Вертикальное положение ЭОС. Особенности внутрижелудочковой проводимости по правой н.п.Гиса.

[13.12.2022] Рентгенологическое исследование: Органы грудной клетки

На рентгенограмме органов грудной клетки, выполненной в прямой проекции легочные поля одинаково прозрачны на всем протяжении. Легочный рисунок без особенностей. Корни легких структурны, не расширены. Диафрагма расположена обычно, контур ее четкий, ровный. Синусы свободны. Тень средостения без особенностей.

Заключение: Инфильтративных и очаговых теней не выявлено.

[14.12.2022] Рентгенологическое исследование: Кости таза

На рентгенограмме костей таза свежих костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено. Контуры костей четкие, без патологических перерывов. Крестцово-подвздошные сочленения сохранены. Суставные взаимоотношения не нарушены. Рентгеновские суставные щели сохранены, сужены. Крыши вертлужных впадин имеют четкие контуры, уплотнены. Головки бедренных костей не деформированы.

Заключение: Рентгенологическая картина двухстороннего артроза 2ст. тазобедренных суставов.

Консультирован врачом ЛФК: Контактен, мотивирован к реабилитации. OD=OS. Язык по средней линии. Верхний спастический парализ, нижняя спастическая параплегия.

Самостоятельно не присаживается, не пересаживается, не поворачивается. Нуждается в ассистенции при осуществлении трансферов. Себя не обслуживает. К вертикальной нагрузке не адаптирован. Сохранена чувствительность, отсутствует двигательная активность в н/к.

Снижение давление на фоне изменения положения в пространстве(из положения лежа в положения сидя/стоя).

Объем пассивных движений: ограничение тыльного сгибания лучезапястных суставов до 25 градусов с обеих сторон, остальное в пределах нормы.

Мышечный тонус по Эшфорт: в ногах 1 балл, с эпизодическим повышением до 2 баллов.

Мышечная сила верхних конечностей (справа/ слева): отведение плеча 5/5 б, сгибание предплечья (C5) 5/5, разгибание предплечья (C7) 2 /2, разгибание запястья (C6) 3/3 ,сгибание пальцев (C8) 1/1 за счет спастики,

Мышечная сила нижних конечностей (справа/слева): 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., Внутренний наклон стопы (L4) 0/0б., Наружный наклон стопы (L5/S1) 0/0б.

Адаптация сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам, при переходе из положения лежа в положения сидя(до 60 градусов), под контролем АД и ЧСС.

Повышение толерантности к физической нагрузке. Расширение двигательного режима.

Снижение патологического мышечного гипертонуса конечностей. Увеличение амплитуды пассивных движений в суставах конечностей. Укрепление мышц спины, живота, верхних конечностей. Улучшение статолокомоторного равновесия в положении сидя. Улучшение манипулятивной функции левой/правой руки. Расширение навыков самообслуживания.

Назначен индивидуальный план реабилитационных мероприятий

Индивидуальная механотерапия

Индивидуальная кинезотерапия

Консультирован физиотерапевтом: Назначен индивидуальный план поэтапного физиотерапевтического воздействия

1. Прессотерапия на нижние конечности № 7
2. Аппликации озокерита на обе кисти рук № 7
3. Биоптрон местно на область пролежня № 7
4. Массаж классический № 14

Консультирован урологом: Нейрогенная дисфункция нижних мочевыделительных путей на фоне цервикальной посттравматической миелопатии. Хроническая задержка мочи, статочной мочи более 50 % функционального объема. Императивное недержание мочи средней степени выраженности. Хроническая инфекция нижних мочевыделительных путей, неполная ремиссия. Противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий в настоящий момент нет.

- М-холинолитическая терапия Солифенкацин (Везикар) 10 мг x 1 раз в день утром продолжать в плановом порядке постоянно длительно.

- КУДИ в плановом порядке

- С целью компенсации нарушенной эвакуаторной функции нижних мочевыделительных путей рекомендовано выполнение метода периодической катетеризации мочевого пузыря, с интервалом не более 5 часов, объем накапливаемой мочи не более 400 мл. **Рекомендованный вид технических средств реабилитации – катетер лубрицированный для самокатетеризации с зафиксированным гидрофильным покрытием, размер 12 или 14 Шарьер, тип мужской, количество 8-9 в сутки. Не рекомендовано продолжать катетеризацию мочевого пузыря катетером размером менее 12 шарьер из-за более высокого риска травматизации уретры, и меньшего внутреннего диаметра дренажной трубки затрудняющего эвакуацию мочи с патологическими примесями;

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.

- На момент осмотра не полная ремиссия мочевой инфекции 12.12.2022 г. после последней катетеризации принять Монурал 3,0 однократно. С 12.12.2022 г. начать прием Бисептол 480 мг x 2 раза в сутки утро-вечер 7 дней;

- В дальнейшем, 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. Выбор дальнейшей терапии антибактериальным препаратом строго по антибиотикограмме из результатов бак.посева мочи.

- Регуляция стула - подбор дозы осмотических слабительных, обучение выполнению очистительных клизм.

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 дневников мочеиспусканий/катетеризаций 2-3 суток каждый месяц с обязательным указанием времени и порций потребляемой жидкости, времени и порций выделяемой мочи (при произвольном выделении мочи порции учитывать по весу подгузника)

- Тактика в динамике

Консультирован хирургом: На момент осмотра острой 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.

Ежедневная обработка пролежня с растворами антисептиков, повидо-йода.

Пролежень ягодичной области 2 ст.

Консультирован клиническим психологом: 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 высокий уровень негативизма, в целом отношении к ситуации обследования нейтральное, мотивация низкая. Фон настроения ровный, нейтральный.

Инструкции понимает и удерживает в полном объеме. При выполнении проб преобладает мотивация избегания неудач над мотивацией достижения успеха. На критику реагирует слабо, ошибки исправляет самостоятельно. Во время беседы молчалив, на вопросы отвечает лаконично, при этом словарный запас в норме. В целом речь грамотна, голос выразительный, мимика живая. Утомляемость нормальная.

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. Выполнение счета по таблицам Шульте в прямом порядке 30-36-41-33-38 (с), в обратном - 25 с, трудностей в понимании инструкции и ее выполнении не наблюдалось.

Память сохранна, объем в норме, кратковременно запоминает и удерживает достаточное количество единиц информации, воспроизводит отсрочено (слухоречевая память, зрительная память - описательно в связи с нарушениями мелкой моторики, в частности рисования, и отсутствием мотивации для выполнения графических проб).

Практика: выполнение проб было сильно затруднено из-за нарушений и высокого уровня негативизма, связанных с нежеланием выполнять физические пробы (жалобы на утомляемость, при этом на вопрос об усталости - ответ отрицательный).

Гнозис: узнавание предметов на изображениях трудностей не вызвало, легко называет и дает понятные ассоциации. При составлении свободных историй по картинкам придерживается простых сюжетов, коротких фраз, выражает нежелание выполнять задание паузами молчания и вслух.

В личностно-мотивационной сфере по цветовому тесту Люшера преобладает потребность в активном движении и ярких переживаниях, основная психологическая защита - уход от

реальности (абстрагирование), совладающее поведение - рациональное объяснение и последующее планирование с ориентацией на собственные силы, подавление эмоций.

Чтение, счет, мышление не имеют выраженных особенностей.

Заключение:

Предполагается, что пациент тяжело переживает свою физическую неспособность заниматься привычной деятельностью, в частности, спортом. Усугубляющее действие на это оказывает желание справиться с трудностями самостоятельно, доказать свою состоятельность, когда по причине состояния пациент вынуждено зависим от других. Высокий уровень негативизма связан с сопротивлением по отношению к ситуации оценки извне.

Консультирован специалистом по социальной реабилитации: ФК-3 значительное ограничение физической независимости: нуждается в систематической помощи других лиц

Рекомендации по ТСР и средствам ухода

Тутор на лучезапястный сустав ТРО-02 (правый левый размер L)

Проведено лечение: Индивидуальная кинезотерапия с инструктором 30 минут 2 раза в день ежедневно

Индивидуальная механотерапия №14

Вертикализация на ортостоле ежедневно

Массаж классический № 13

ФТЛ:

1. Прессотерапия на нижние конечности № 7

2. Аппликации озокерита на обе кисти рук № 7

3. Биоптрон местно на область пролежня № 7

Занятия со специалистом по эрготерапии и социально-бытовой адаптации №12

Пробное занятие по баланс-тренингу № 1

За время пребывания в центре отмечается положительная динамика: В виде повышения толерантности к физической нагрузке, увеличения амплитуды пассивных движений в суставах конечностей, укрепления мышц спины, живота, верхних конечностей. Ортостатическая проба при вертикализации пациента адекватна, удержание давления 110/80. Обучен самостоятельному приему пищи, одеванию футболки, кофты. Высажен в активную коляску и обучен управлению. Высажен в электроколяску и обучен управлению.

Объективные методы оценки: Мышечная сила верхних конечностей (справа/слева):

отведение плеча 5/5 б, сгибание предплечья (С5) 5/5, разгибание предплечья (С7) 2 /2, разгибание запястья (С6) 3/3 ,сгибание пальцев (С8) 1/1 за счет спастики.

Мышечная сила нижних конечностей (справа/слева): 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., Тильное сгибание стопы (L4) 0/0б.,

Подошвенное сгибание стопы (S1/2) 0/0б., Длинный разгибатель большого пальца стопы (L5) 0/0б., Внутренний наклон стопы (L4) 0/0б., Наружный наклон стопы (L5/S1) 0/0б.

По результатам выполнения нейропсихологических диагностических методик выявлено следующее:

Внимание устойчивое, объем в норме, распределение и переключаемость не нарушены, как между пробами, так и в рамках отдельного задания. Выполнение счета по таблицам Шульте в прямом порядке 30-36-41-33-38 (с), в обратном - 25 с, трудностей в понимании инструкции и ее выполнении не наблюдалось.

Память сохранна, объем в норме, кратковременно запоминает и удерживает достаточное

количество единиц информации, воспроизводит отсрочено (слухоречевая память, зрительная память - описательно в связи с нарушениями мелкой моторики, в частности рисования, и отсутствием мотивации для выполнения графических проб).

Практисис: выполнение проб было сильно затруднено из-за нарушений и высокого уровня негативизма, связанных с нежеланием выполнять физические пробы (жалобы на утомляемость, при этом на вопрос об усталости - ответ отрицательный).

Гнозис: узнавание предметов на изображениях трудностей не вызвало, легко называет и дает понятные ассоциации. При составлении свободных историй по картинкам придерживается простых сюжетов, коротких фраз, выражает нежелание выполнять задание паузами молчания и вслух.

В личностно-мотивационной сфере по цветовому тесту Люшера преобладает потребность в активном движении и ярких переживаниях, основная психологическая защита - уход от реальности (абстрагирование), совладающее поведение - рациональное объяснение и последующее планирование с ориентацией на собственные силы, подавление эмоций.

Чтение, счет, мышление не имеют выраженных особенностей.

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. Выполнение счета по таблицам Шульте в прямом порядке 30-36-41-33-38 (с), в обратном - 25 с, трудностей в понимании инструкции и ее выполнении не наблюдалось.

Память сохранна, объем в норме, кратковременно запоминает и удерживает достаточное количество единиц информации, воспроизводит отсрочено (слухоречевая память, зрительная память - описательно в связи с нарушениями мелкой моторики, в частности рисования, и отсутствием мотивации для выполнения графических проб).

Практисис: выполнение проб было сильно затруднено из-за нарушений и высокого уровня негативизма, связанных с нежеланием выполнять физические пробы (жалобы на утомляемость, при этом на вопрос об усталости - ответ отрицательный).

Гнозис: узнавание предметов на изображениях трудностей не вызвало, легко называет и дает понятные ассоциации. При составлении свободных историй по картинкам придерживается простых сюжетов, коротких фраз, выражает нежелание выполнять задание паузами молчания и вслух.

В личностно-мотивационной сфере по цветовому тесту Люшера преобладает потребность в активном движении и ярких переживаниях, основная психологическая защита - уход от реальности (абстрагирование), совладающее поведение - рациональное объяснение и последующее планирование с ориентацией на собственные силы, подавление эмоций.

Чтение, счет, мышление не имеют выраженных особенностей.

Рекомендации по ТСР и средствам ухода: [09.12.2022] Инструктор по социально-бытовой адаптации: ТUTOR на лучезапястный сустав ТРО-02 (правый левый размер L)

[12.12.2022] Врач уролог: Катетер для самокатетеризации лубрицированный 280шт

[20.12.2022] Врач по ЛФК: Кресло-коляска с электроприводом прогулочная;

Кресло-коляска с ручным приводом комнатная;

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.

4. Медикаментозно:

Форлак по 1 пакету 1 раз в день

Везикар 5 мг 1 раз в день утром

Нейромидин 20 мг 2 раза в день

Магне В6 10 мл 2 раза в день внутрь утром и вечером - 2 месяца

Рекомендовано рассмотреть возможность использования препарата Гутрон 2, 5 мг 2 раза в сутки с целью коррекции уровня артериального давления и адаптации к вертикализации.

5. Рекомендации уролога:

- М-холинолитическая терапия Солифенкацин (Везикар) 10 мг x 1 раз в день утром продолжать в плановом порядке постоянно длительно.

- КУДИ в плановом порядке

- С целью компенсации нарушенной эвакуаторной функции нижних мочевыделительных путей рекомендовано выполнение метода периодической катетеризации мочевого пузыря, с интервалом не более 5 часов, объем накапливаемой мочи не более 400 мл. **Рекомендованный вид технических средств реабилитации – катетер лубрицированный для самокатетеризации с зафиксированным гидрофильным покрытием, размер 12 или 14 Шарьер, тип мужской, количество 8-9 в сутки. Не рекомендовано продолжать катетеризацию мочевого пузыря катетером размером менее 12 шарьер из-за более высокого риска травматизации уретры, и меньшего внутреннего диаметра дренажной трубки затрудняющего эвакуацию мочи с патологическими примесями;

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.

- На момент осмотра не полная ремиссия мочевой инфекции 12.12.2022 г. после последней катетеризации принять Монурал 3,0 однократно. С 12.12.2022 г. начать прием Бисептол 480 мг x 2 раза в сутки утро-вечер 7 дней;

- В дальнейшем, 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. Выбор дальнейшей терапии антибактериальным препаратом строго по антибиотикограмме из результатов бак.посева мочи.

- Регуляция стула - подбор дозы осмотических слабительных, обучение выполнению очистительных клизм.

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 дневников мочеиспусканий/катетеризаций 2-3 суток каждый месяц с обязательным указанием времени и порций потребляемой жидкости, времени и порций выделяемой мочи (при произвольном выделении мочи порции учитывать по весу подгузника)

- Тактика в динамике

6. Продолжать выполнять рекомендации методиста и врача ЛФК для закрепления и улучшения полученных результатов. Этапная вертикализация. 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
- тренировка уровня артериального давления на поворотном столе, тренировка навыка самостоятельного трансфера, поворотов в кровати, 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 верхние и нижние конечности
 - гальванические ванны
 - ХИЛ-терапия
 - магнитотерапия на область мочевого пузыря и область тазобедренных суставов
- курсы массажа, иглорефлексотерапия, гидрокинезотерапии.

8. Противопрлежневые 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 эластичным бинтом.

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.

10. Рекомендуется обратиться к психологу-консультанту для сопровождения на период реабилитации, организовать возможность для сублимации негативных переживаний в творчестве, как замены спорта (арт-терапия, музыкотерапия, песочная терапия, сказкотерапия).

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

Зав. отделением детской реабилитации,

Врач невролог

Яковлева Ю. К.

