

Реабилитационный центр «Три сестры»

Этапный эпикриз

Дата 28 января 2021 года, лечащий врач — Камелденова Динара Балажановна.

Пациент: Томайлы Дмитрий Ильич, 18 лет.

Реабилитация с 26 ноября 2020 года по настоящее время

Жалобы: на невозможность самостоятельного дыхания (трахеостома), приема пищи (гастростома), невозможность самостоятельно передвигаться.

Диагноз по МКБ 10: Постгипоксическая энцефалопатия, тяжелой степени.

Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями и частичным пониманием обращенной речи, Тетрапарез

Недифференцированная кардиомиопатия (гипертрофический фенотип). Нарушение сердечного ритма: желудочковая экстрасистолия.

Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия? Синдром удлиненного QT. Состояние после сердечно-легочной реанимации.

Контрактуры суставов верхних и нижних конечностей. Внутренняя заместительная гидроцефалия, компенсированная.

Динамическое нарушение моторики ЖКТ: хронический запор. Хроническая белково-калорийная недостаточность питания средне-тяжелой степени. Носитель трахеостомы, гастростомы. Пристеночный тромбоз левой подвздошной вены и правой общей бедренной вены без признаков флотации. Тромбоз поперечного синуса слева и левой яремной вены.

Реконвалесцент левосторонней пневмонии, средней тяжести. ДНО

Анамнез болезни: Ребенок рос и развивался по возрасту. Со слов мамы наблюдался кардиологом. В возрасте примерно 12 лет в течении 1 года у мальчика отмечалось 4 синкопальных состояния. С 2016 года по настоящее время синкопэ не отмечалось. Впервые в декабре 2015 года на фоне полного здоровья в спорт зале потеря сознания, бледность лица, характер приступа не известен. 18.03.2016г- потеря сознания, характер приступа также не известен. ЭКГ от 30.03.16-синусовая аритмия с ЧСС 50-91 уд/мин. Промежуточная ЭПС. Отклонение электрической оси влево. Фрагменты САБ 2тип 1. ЭХО-ЭГ от 30.03.16-б/п. Осмотр кардиолога от 30.03.16: САБ.ВСД, СИНКОПЭ. Осмотр кардиолога от 11.04.2017-дисфункция синусового узла. Желудочковая экстрасистолия. ЭКГ от 10.04.17г синусовая брадиаритмия. Одиночная желудочковая экстрасистолия. ЧСС- 48-52 уд/мин.

Со слов мамы, 18.12.19 на уроке физкультуры в школе, ребенок резко потерял сознание во время отжимания. Мгновенно была начата первичная помощь мед.сестрой школы и учителем физ.культуры, непрямой массаж сердца, вызвана бригада СМП. После приезда СМП, ребенок доставлен в отделении реанимации г.Охнов, проведена интубация трахеи. Затем была вызвана реанимационная бригада Калужской областной детской больницы. Мальчик экстренно госпитализирован в КО КОКДБ. Неоднократно проходила курсы стационарного лечения. 26.02.2020 ребенок был переведен в отделение нейрохирургии, где находился до 24.03.2020 с диагнозом: постгипоксическая энцефалопатия тяжелой степени. Акинетический

мутизм с эмоциональными реакциями и частичным пониманием обращенной речи, тетрапарез.

С 24.03.2020 ребенок был переведен в отделение клинической интервенционной аритмологии НИКИ педиатрии г. Москву, проводилось обследование, лечение планировалось проведение имплантации ИКД. Однако, учитывая тяжелое общесоматическое состояние пациента, выраженное снижение массы тела, с дистрофическими изменениями подкожно-жировой клетчатки и мышечной силы, высокие риски интра-и послеоперационных осложнений, принято воздержаться от оперативного лечения. В связи с чем ребенок 06.04.2020 переведен в 1 ПО КОКДБ для дальнейшего обследования и лечения.

Неоднократно проходил курсы стационарного лечения.

Для прохождения дальнейшего курса реабилитации поступил в центр «Три сестры» впервые

Аллергологический анамнез не отягощен. Гепатит, ВИЧ, туберкулез, сахарный диабет отрицает (согласно мед. документациям)

Общее состояние при поступлении. Общее состояние: тяжелое, обусловленное неврологической симптоматикой. Кожные покровы: обычные, обычной влажности. Отеки: нет. Телосложение: астеник. Легкие: дыхание проводится во все отделы, жесткое, побочных дыхательных шумов нет, частота дыхания 17 в минуту, SpO2 98 %. Трахеостома. Сердце: границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, АД на левой руке 100 / 70 мм. рт.ст., на правой руке 100 / 70 мм. рт.ст., ЧСС 90 в минуту. Живот: мягкий, на пальпацию не реагирует. Гастростома. Печень: у края реберной дуги. Мочеиспускание: не контролирует. Стул: не контролирует.

Неврологический статус при поступлении: . Продуктивному контакту доступен. Лежит с открытыми глазами, на обращение реагирует. Речевой продукции нет. Спонтанные движения отсутствуют. На болевые раздражители реагирует сгибательными движениями в руках. Судорог на момент осмотра нет. Лицо симметричное. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Оценить глоточный рефлекс невозможно-пациент не открывает рот. Дисфагия. Грубый спастический тетрапарез. Тонус в мышцах рук и ног повышен. Формирование контрактур во всех крупных суставах. Рефлексы глубокие и поверхностные с рук сохранены. Поза вынужденная. Посадка вынужденная. Тазовые функции сохранены, не контролирует. Дермографизм нестойкий. Менингеальные знаки отсутствуют.

Реабилитационный диагноз-полностью зависит от посторонней помощи

Ход реабилитации

Цели и результаты реабилитации

Основным запросом папы: вертикализация, правильное позиционирование, стимуляция речевой и глотательной функции. Специалисты центра обсудили задачи с мамой Дмитрия на общей встрече следующие цели:

- работа над правильным позиционированием, перемещением, правильным уходом.
- профилактика вторичных осложнений, вертикализация
- восстановление функции глотания, жевания, самостоятельного дыхания через естественные дыхательные пути.

Запланированные цели реабилитации достигнуты: на данный момент Дмитрий правильно позиционирован и перемещается, также с целью уменьшения контрактур по времени надеваются ортезы. Улучшились вегетативные показатели при этапной вертикализации (30 минут). Для лечения синдрома спастичности провели сессию ботулинотерапии в руках.

Дмитрий может дышать через естественные дыхательные пути с применением голосового клапана в течение 24 часов с SpO2 96-98%, улучшилось понимание обращенной речи (Дмитрий поворачивает голову на источник звука, фиксирует взгляд, следит, удерживает), появились эмоциональные реакции дифференцированного характера (нравиться- улыбка, не нравится- гримаса, плач). Улучшился тонус язычной, щечной мускулатуры (лицо более симметричное). Дмитрий может принимать воду, сок, еду через рот. Продолжается работа в данных направлениях.

27.01.21-произвели деканюляцию

Пациент полностью нуждается в уходе.

Во время реабилитации пациент проходил занятия по физической терапии, эрготерапии, логопедии, механотерапии на тренажере Мотомед; массаж.

Клиническое течение болезни

За время реабилитации состояние пациента было стабильным

Общий анализ мочи лейкоцит — 0, ув — 1010, ph — 6.18

Медикаментозное лечение:

Баклосан 20мг 3 раза в день ежедневно 07.00 15:00 22:00

Метопролол 25 мг в 7.00 и в 19.00

Клонозепам 2 мг в 9.00 и в 21.00

Наком 250/25 мг по 1 таб в 8.00 и 20.00

Левокарнитин по 5 мл утром +обед

Рекомендации пациенту

Медикаментозное лечение:

Баклосан 20мг 3 раза в день ежедневно 07.00 15:00 22:00

Метопролол 25 мг в 7.00 и в 19.00

Клонозепам 2 мг в 9.00 и в 21.00

Наком 250/25 мг по 1 таб в 8.00 и 20.00

Левокарнитин по 5 мл утром +обед

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

Двигательная терапия

Необходимо ежедневно проводить гимнастику по рекомендациям физического терапевта

Массаж

Курс лечебного массажа рекомендуем проходить 1 раз в 3-6 месяцев. Это поможет мышцам правильно распределять нагрузку.

Обследования и консультации

Наблюдение терапевта, невролога, ортопеда по месту жительства.

Для преодоления имеющихся нарушений пациент нуждается в двигательной и когнитивной реабилитации в условиях специализированного реабилитационного центра/отделений реабилитации.

Контакты по инфекционным заболеваниям: не было.

Камелденова Динара Балажановна, лечащий врач

Колбин Иван Александрович, и.о. главного врача

