

Этапный эпикриз

Дата 3 декабря 2024

Врач Шаркова Рамиля Аскаритовна

Пациент Литвиненко Сергей Викторович, (61 год)

Реабилитация с 20 ноября по 03 декабря 2024 г

№ истории болезни:

ДИАГНОЗ ПО МКБ 10

Основное заболевание: T91.3 Травматическая болезнь спинного мозга. Последствия закрытой спинномозговой травмы с переломовывихом С5 позвонка от 25.02.2024г.

Радикуломиелопатия на шейном уровне.

Состояние после операции: декомпрессивно-стабилизирующее вмешательство на уровне С4-5. Дискэктомия С4-5, частичная корпорэктомия С5 со стабилизацией сегмента С4-5 межтеловым имплантом, передней шейной пластиной от 25.02.24г. Носитель трахеостомы с 26.02.24г. Носитель гастростомы.

Состояние после ревизии раны из-за миграции винта титановой пластины на шейном уровне с удалением 13.09.24г.

Тетраплегия. Дисфагия. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.

Сопутствующие: M45 Анкилозирующий спондилит. Гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 3. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Единственная почка справа. Агенезия левой почки. Острая почечная недостаточность от 04.10.2024г. ХБП 3А.

Пролежень затылочной области 3ст, пролежень крестца 3ст, пролежень правой пяточной области с некрозом 3ст. Гиперкалиемия.

ЖАЛОБЫ

При поступлении: на отсутствие движений в руках и ногах, нарушение чувствительности в руках и ногах, нарушение дыхания, глотания, мочеиспускания, пролежневые раны, периодически боли в шейном отделе.

АНАМНЕЗ

Болезни

Со слов и из медицинской документации известно: найден дома лежащим на полу, движения в конечностях отсутствовали. При транспортировке СМП в стационар произошла остановка сердечной и дыхательной деятельности, которые были восстановлены. Получал стационарное лечение с диагнозом закрытая позвоночно-спинномозговая травма, осложненный переломовывих С5 позвонка. Выполнена операция декомпрессивно-стабилизирующее вмешательство на уровне С4-5. Дискэктомия С4-5, частичная корпорэктомия С5 со стабилизацией сегмента С4-5 межтеловым имплантом, передней

шейной пластиной от 25.02.24г. Трахеостомия от 26.02.24г, гастростомия. 13.09.24г из-за миграции винта титановой пластины на шейном уровне проведена ревизия раны с удалением мигрировавшего винта. Течение болезни осложнилось пролежневыми ранами затылка, крестца и правой пяточной области, аспирационной пневмонией, двусторонним гидротораксом, нарушением функции тазовых органов, установлен уретральный катетер. 04.10.24 развилось острое почечное повреждение, отек легких, анемия, гиперкалиемия. Затем после стабилизации состояния получил курс реабилитации в ФГБУ "ФЦМН" ФМБА России.

Поступил в клинику ранней реабилитации "Три сестры" на курс восстановительного лечения.

Жизни

Перенесенные заболевания: тяжелая шейная травма от февраля 2024г. Гипертоническая болезнь 2ст. Хроническая железодефицитная анемия. Единственная почка. ОПН от 04.10.2024г. ХБН 3А. Трахеостомия. гастростомия. Пролежневые раны затылка, крестца, правой пяточной области 3 ст. Гиперкалиемия. Анкилозирующий спондилит.

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.

Контактов с пациентами с лабораторно подтвержденной инфекцией CoVid-2019 не было.

Аллергологический не отягощен. **Наследственный** не отягощен.

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пролежень затылочной области 3ст, пролежень крестца 3ст, пролежень правой пяточной области с некрозом 3ст. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 17 в мин, SpO₂-99%. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичные. АД 150/90 ммртст, ЧСС 70 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Мочеиспускание и стул не контролирует.

Неврологический статус

В сознании. Ориентирован частично в месте, во времени. Контакт затруднен из-за дыхательных нарушений и трахеостомической трубки. Память и внимание снижены. Критика к своему состоянию снижена. Эмоционально лабилен. Менингеальные знаки отсутствуют. Речь: сохранена. ЧМН: лицо симметрично. Глоточный рефлекс снижен. Дисфагия. Носитель гастростомы. Тетраплегия, сила мышц до 0 баллов. Тонус мышц в руках снижен, в ногах смешанный. Гипестезия всех видов чувствительности с уровня С6. Рефлексы глубокие и поверхностные с рук и ног D=S, высокие. Координация нарушена: ПНП и КПП не выполняет. В позе Ромберга не ставили. Не мобилен в кровати, не передвигается, ортостатическая гипотензия при вертикализации сидя, пользуется креслом - коляской. Тазовые функции нарушены. Нуждается в постоянном постороннем уходе.

Ход реабилитации

ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специалисты клиники на встрече с пациентом и его родными согласовали задачи реабилитации: улучшение мобильности, увеличение самообслуживания.

Запланированные цели реабилитации:

на занятиях с логопедом Сергей Викторович будет дышать с трахеостомой на заглушке до 30 минут; будет перед каждым приемом пищи выпивать через рот 50 мл воды и съедать через рот (только с логопедом!) фруктовое пюре – 90 г.

Будет вертикализирован сидя, сможет на вертикализаторе, стоя под углом 45 градусов находиться до 30 минут.

Будет проводиться профилактика дыхательных осложнений, контрактур и лечение пролежневых ран.

Во время реабилитации пациент получает занятия физической терапии; занятия эрготерапии; занятия с психологом; занятия с логопедом, массаж; позиционирование на вертикализаторе.

Процесс лечения

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА за время пребывания в клинике было нестабильным, отмечались подъемы температуры, кашель с трудноотделяемой мокротой.

В анализах крови В анализах крови снижен гемоглобин до 91г/л, калий 5,1 ммоль/л,

Мочевина 16,8 ммоль/л. С-реактивный белок 88,4 мг/л. Креатинин 169 мкмоль/л.

Внутривенно капельно №3 через день Ликферр 5 мл (100 мг) + физраствор 100мл.

Внутривенно капельно Левофлоксацин 500 мл, капать в течение часа 10 дней. Физ.раствор 500мл в/в капельно №5. Получал жаропонижающие, отхаркивающие с положительной динамикой.

При перемене положения тела часто отмечается ортостатическая гипотензия.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Габалентин 300 мг 20:00

Сорбифер дурулес 100 мг в гастростому 08:00, 20:00

Апиксабан 2.5 мг в гастростому 08:00, 20:00

Итоприд 50 мг в гастростому 08:00, 12:00

Леркамен 4 мг в гастростому, 08:00 под контролем АД и ЧСС, при 100/60 пропустить

Омепразол 20 мг за 30 минут до еды в гастростому 07:00, 19:00

Тамсулозин 0.4 мг в гастростому 08:00

ОБСЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ

Наблюдение невролога, нейрохирурга, терапевта, уролога по месту жительства.

Контроль клинического и биохимического анализа крови с определением мочевины и креатинина 2 раза в месяц, контроль общего анализа мочи по показаниям 2 раза в месяц, с последующим осмотром терапевта.

УЗИ почек, мочевого пузыря не реже 1 раза в год с определением остаточной мочи, ЦДС вен нижних конечностей каждые 6 месяцев.

Продолжить занятия с физическим терапевтом и логопедом.

КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ

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

Лечащий врач Шаркова Рамила Аскаритовна

