

Выписной эпикриз № 62/2401

Полищук Максим Николаевич, 1988 года рождения, находился на реабилитационном лечении с 15.01.2024г по 26.01.2024г

Диагнозы:

Основной диагноз: T90.1 Последствия тяжелой закрытой черепно-мозговой травмы от 02.11.2022г.

Микрохирургической краниопластики дефекта черепа в лобной области справа титановой сеткой от 29.05.2023г.

Осложнение основного заболевания: N31.8 Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря. Хронический цистит, ремиссия..

Жалобы: При осмотре активно не предъявляет в связи с выраженными когнитивными нарушениями

Анамнез заболевания: Со слов супруги и предоставленной мед. документации получил тяжелую ЧМТ 02.11.2022г после ДТП (водитель), госпитализирован, выполнены пункция плевральных полостей, трахеостомия, с травматической субдуральной гигромой переведен в Краевую клиническую больницу скорой медицинской помощи, где был прооперирован 06.12.2022: наложение трепанационного отверстия справа в лобно-теменной области с удалением субдуральной гигромы, осложнившееся дислокационным синдромом, вегетативным состоянием, атрофией лобных долей. Перенес гипостатическую пневмонию, острый энтероколит, окклюзивный тромбоз подкожной медиальной вены слева.

После окончания лечения в остром периоде проходил реабилитацию в различных клиниках.

26.05.23 переведен в ФГАУ НМИЦН МЗРФ для проведения реконструктивной операции.

29.05.23 проведена операция: Микрохирургическая краниопластика дефекта черепа в лобной области справа титановой сеткой.

05.06.23 выписан из стационара с рекомендациями. 05.06.23 госпитализирован в ЦМР Благополучие, для прохождения курса восстановительной терапии. На фоне проводимой терапии и реабилитационных мероприятий отмечена положительная динамика в виде увеличения толерантности к физической нагрузке, укрепления мышц корпуса, появилась шепотная речь. В дальнейшем отмечено улучшение произвольной речи и ее понимания, уменьшилась степень выраженности когнитивных нарушений (пациент самостоятельно может считать простые примеры в уме, поддерживает беседу, самостоятельно принимает небольшое количество пищи), также увеличилась сила в конечностях, пациент может самостоятельно сидеть без опоры несколько минут.

Сопутствующие заболевания и перенесенные операции: 26.04.23-обнаружена эпилептическая активность. В постоянной терапии - кеппра 750 мг по 1 табл. 2 раза в день, баклосан 10 мг 3 раза в сутки, мемантин 10 мг утром 5 мг в обед. Аллергологический анамнез: не отягощен. ВИЧ, вирусные гепатиты, туберкулез в анамнезе отрицает. Инвалид 1 гр. В ЛН не нуждается. В РЦ Преодоление поступает впервые.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Дыхание самостоятельное. Кожные покровы и видимые слизистые: чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. ЧДД: 15 в мин. Пульс 76 в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание произвольное, не контролирует. Стул регулярный, 1 раз в 5 дней с использованием слабительных средств.

В неврологическом статусе: Уровень угнетения сознания - ясное (редуцированный синдром малого сознания плюс). Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Полутурный синдром: паралич сопряженного горизонтального взгляда ипсилатерально и межъядерная офтальмоплегия контралатерально. Среднеамплитудный спонтанный нистагм. Правосторонний прозопарез. Язык по средней линии.

Сила мышц: спастический тетрапарез со снижением силы в правой в/к до 1 балла, в левой в/к до 3 баллов, в правой н/к до 1 балла, в левой н/к до 3 баллов. Мышечный тонус повышен по всем конечностям по спастическому типу D>S. Сухожильные рефлексы D>S высокие, с расширением рефлексогенных зон. Патологический рефлекс Бабинского справа, нижний Россолимо справа. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, больше в ногах, до 4 баллов по Эшфорт. Асимметричная центральная спастическая тетраплегия. Тазовые функции не контролирует, мочеиспускание не контролирует, самостоятельное, стул со слабительными 1 раз в 5 дней. ШРМ S. Рэнкин 5.

Результаты лабораторных методов исследований:

Общий анализ мочи от 2024-01-16: Физико-химические свойства - , Цвет мочи Светло-желтый , Прозрачность Прозрачная , Относительная плотность 1,020 , pH мочи 6,0 , Белок 0 г/л , Глюкоза в моче 0 ммоль/л , Уробилиноген Присутствует в физиологической концентрации , Микроскопические исследования - , Клетки плоского эпителия 0-1 в поле зрения , Лейкоциты в моче 3-5 ед.в п/зр, Слизь в моче Значительное кол-во , Бактерии Немного , Комментарий к тестам Нитриты и Бактерии Отрицательный результат на нитриты при наличии бактерий в моче может быть связан с микроорганизмами, не продуцирующими нитриты, диетой с низким содержанием нитратов, приемом антибиотиков, увеличенным диурезом, высоким уровнем аскорбиновой кислоты или недостаточным временем удержания мочи в мочевом пузыре.

Биохимия от 2024-01-17: Глюкоза (Glu) 4.69 ммоль/л

Anti-HIV 1,2/Ag p24 (кач.), Syphilis RPR (RW) (кач.), Anti-HVC сумм. (кач.), HBsAg (кач.) от 2024-01-17: Anti-HIV1,2/Ag p24 (качественное суммарное определение антител к 1 и 2 типу вируса иммунодефицита человека и антигена p24) Отрицательный , Дата постановки, ИФА 1 17.01.2024 , Название и серия тест-системы, ИФА 1 Architect "HIV Ag/Ab Combo" 54514BE00 , Срок годности тест-системы, ИФА 1 25.03.2024

Биохимический анализ крови от 2024-01-17: Общий белок (TP) 69.24 г/л, Аланинаминотрансфераза (ALT) 16.00 Ед/л, Аспартатаминотрансфераза (AST) 13.00 Ед/л, Билирубин общий (TB) 5.00 мкмоль/л, Креатинин (Crea) 50.60 мкмоль/л, Мочевина (Urea) 3.80 ммоль/л

Anti-HIV 1,2/Ag p24 (кач.), Syphilis RPR (RW) (кач.), Anti-HVC сумм. (кач.), HBsAg (кач.) от 2024-01-17: Тест-система anti-HCV (скрининг) "Architect Anti-HCV", Комментарий к суммарному определению антител вируса гепатита С Согласно Санитарным правилам и нормам СанПИН 3.3686-21 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ" (п. 717): у лиц с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами и другие), а также в раннем периоде ОГС (до 12 недель после заражения) anti-HCV могут отсутствовать. В данных группах пациентов диагностика ГС проводится с помощью одновременного выявления anti-HCV и РНК ВГС. , Тест-система HBsAg (скрининг) Architect "HBsAg Qualitative II"

Общий анализ крови от 2024-01-17: Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 22.00 мм/час, Примечание к СОЭ Определение СОЭ выполнено модифицированным методом Вестергрена, Ves-Matic Cube 200, Diessse, Италия. , Общее количество лейкоцитов (WBC) $5.26 \cdot 10^9/\text{л}$, Общее количество эритроцитов (RBC) $4.67 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Гемоглобин (Hb) 146.00 г/л, Гематокрит (Ht) 41.60 %, Средний объем эритроцита (MCV) 89.00 фл, Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) 31.30 пг, Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (MCHC) 351.00 г/л, Распределение эритроцитов по объему (RDW CV) 12.6 %, Тромбоциты (PLT) $259.00 \cdot 10^9/\text{л}$, Палочкоядерные нейтрофилы 1.00 %, Сегментоядерные нейтрофилы 48.00 %, Эозинофилы 4.00 %, Базофилы 0 %, Моноциты 8.00 %, Лимфоциты 39.00 %, Плазматические клетки 0 %, Абсолютное содержание нейтрофилов $2.58 \cdot 10^9/\text{л}$, Абсолютное содержание эозинофилов $0.21 \cdot 10^9/\text{л}$, Абсолютное содержание базофилов $0 \cdot 10^9/\text{л}$, Абсолютное содержание моноцитов $0.42 \cdot 10^9/\text{л}$, Абсолютное содержание лимфоцитов $2.05 \cdot 10^9/\text{л}$

Anti-HIV 1,2/Ag p24 (кач.), Syphilis RPR (RW) (кач.), Anti-HVC сумм. (кач.), HBsAg (кач.) от 2024-01-18: Syphilis RPR (реакция микропреципитации с кардиолипновым антигеном) Отрицательный

Посев на флору с определением чувствительности от 2024-01-19: Заключение к исследованию на аэробную и факультативно-анаэробную флору с определением чувствительности к расширенному спектру антимикробных препаратов В исследуемом биоматериале обнаружен рост условно-патогенной микрофлоры в диагностически значимом количестве. , Микроорганизмы и чувствительность к АМП, Локус, Proteus mirabilis: $1 \cdot 10^4$;

Результаты инструментальных методов обследования:

[17.01.2024] ЭКГ: Синусовая брадикардия, ЧСС=56 в мин.. Вертикальное положение ЭОС. Нарушение процесса реполяризации миокарда задне-боковой стенки ЛЖ.

[17.01.2024] Рентгенологическое исследование: Левый локтевой сустав

На рентгенограмме левого локтевого сустава, выполненной в двух проекциях свежих костно-травматических изменений не выявлено. Предплечье в положении сгибания. Контурные костей четкие, без патологических перебивов. Суставные взаимоотношения не нарушены. Рентгеновская суставная щель сохранена. Суставные поверхности имеют четкие, ровные контуры, уплотнены. По задней поверхности дистального эпифиза левой плечевой кости определяется костное разрастание размерами 5,6х1,6 см.

Заключение: Оссификация мягких тканей левого локтевого сустава.

[18.01.2024] 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.

[18.01.2024] Протокол ультразвукового исследования органов брюшной полости: Печень: Правая доля: не увеличена 14,1 см (N до 15,0 см) Левая доля: не увеличена 5,2 см (N до 6,0 см) Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя Сосудистый рисунок: не изменен Новообразования: не лоцируются Кисты: не лоцируются Внутрпеченочные протоки не уплотнены, не расширены

Желчный пузырь: Не увеличен 6,0 х 1,9 см (8,0 х 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 2,0 см (1,1 - 3,0 см) тело: не увеличено 1,2 см (0,5 - 2,0 см) хвост: не увеличен 2,3 см (0,7 - 3,5 см) Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: повышена Новообразования: не лоцируются Кисты: не лоцируются

Селезенка: Не увеличена 9,6 х 3,8 см (12,0 х 5,0 см). Контуры: ровные, четкие Структура: однородная Эхогенность: средняя СИ 10,4 (до 25 см.кв.)

Заключение: УЗ-признаки диффузных изменений поджелудочной железы; деформации желчного пузыря

[18.01.2024] УЗИ органов забрюшинного пространства и малого таза: Почки: Расположены типично, подвижность в пределах нормы Размеры не изменены: правая: 10,5 х 5,8 см, левая: 11,8 х 5,3 см (12,0 х 5,0 см) Кортико-медуллярная дифференциация сохранена Контуры: ровные, четкие Структура паренхимы: однородная Толщина паренхимы: справа 2,0 см, слева 1,5 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 Объём остаточной мочи 100 мл.
Предстательная железа: Локализация: типичная Капсула: не уплотнена, не утолщена Форма: овальная Контур: четкие, ровные Размеры: передне-задний 2,6 см (1,6-2,3 см) поперечный 3,9 см (2,7-4,3 см) верхне-нижний 3,0 см (2,4-4,1 см) объём 14,6 см³ (до 20 см³) Доли: симметричные Междолевая борозда: выражена Структура: однородная
Новообразования: не лоцируются
Заключение: Структурной патологии не выявлено

Консультирован врачом ЛФК: Назначен индивидуальный план реабилитационных мероприятий

Консультирован физиотерапевтом: Назначен индивидуальный план поэтапного физиотерапевтического воздействия

1. Аппликации озокерита на обе кисти рук, левый локтевой и правый голеностопный суставы № 10
2. Массаж классический № 10

Консультирован урологом: Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря. Хронический цистит, ремиссия. Противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий в настоящий момент нет.

1. При манифестации уроинфекции необходимо назначение антибактериальной терапии по посеву мочи
2. Питьевой режим не менее 2,5 л в сутки.

Консультирован терапевтом: Абсолютных противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий нет.

Консультирован клиническим психологом: По результатам нейропсихологической диагностики, на первый план выступают грубые нарушения произвольной регуляции, приводящие ко вторичному дефициту счёта, слухоречевой памяти, автобиографической памяти и псевдогностическим ошибкам.
На второй план выступает нарушение речи в виде динамической афазии.

Проведено лечение: Перевязки и инъекции; Забор крови
Социально-бытовая реабилитация: Занятия по бытовой адаптации
Социально-психологическая реабилитация: Занятия с логопедом
Восстановительная терапия: Баланс-тренинг, Гидрокинезотерапия индивидуальная, Кинезотерапия индивидуальная., Массаж классический, Механотерапия индивидуальная
ФТЛ: Парафино-озокеритовые аппликации (4 зоны)

За время пребывания в центре отмечается положительная динамика:

В виде повышения толерантности к физической нагрузке, снижения патологического мышечного гипертонуса конечностей, увеличения амплитуды пассивных движений в суставах конечностей, укрепления мышц спины, живота, верхних конечностей, нижних конечностей, улучшения статолокомоторного равновесия в положении стоя, улучшения манипулятивной функции правой/левой руки, расширения навыков самообслуживания.

Объективные методы оценки: Проба с полуортостазом - адекватна

Проба с ортостазом - адекватна.

mRS5

ШРМ5

Проба с полуортостазом - адекватна

Проба с ортостазом - адекватна.

mRS5

ШРМ5

Произвольная регуляция: наблюдается выраженная импульсивность во всех пробах, программирование грубо нарушено, контроль за деятельностью резко снижен.

Речь: спонтанная устная речь бедная, преимущественно представлена речевыми шаблонами, в диалогической речи наблюдаются эхолалии, при ответе на вопросы, периодически заимствует последнюю часть вопроса для ответа.

Повторная речь сохранна. Рядовая речь в прямом порядке зачастую произносится при актуализации начала ряда с помощью специалиста, в обратном порядке наблюдаются пропуски элементов, соскальзывания на прямой порядок, чтение угадывающее. Письмо проверить невозможно.

Память: автобиографическая память относительно сохранна (помнит имена детей, супруги, даты рождения назвать не может, в отношении причин нахождения в стационаре считает, что "приболел", "простудился"). При диагностике слухоречевой памяти серий из пяти слов, кривая запоминания 4-5, отсрочено 0.

Счёт: операции сложения демонстрируют большую сохранность относительно вычитания. Операции сложения в пределах первых двух десятков выполняет самостоятельно с импульсивными ответами, однако, корректирует себя при обращении внимания специалистом на допущенные ошибки. При вычитании пациент даёт больше число импульсивных ответов, теряет промежуточный результат, направляющая помощь здесь менее эффективна.

Гнозис: при диагностике зрительного предметного гнозиса наблюдается аспонтанность, требуется направляющая помощь, чтобы пациент назвал изображенные предметы. Наблюдается множество псевдогностических феноменов, персеверации. В опико-пространственном гнозисе даёт импульсивные ответы, самокоррекции не возникает.

Практик проверить невозможно в силу грубого неврологического дефицита.

Фонематический слух, "квазипространственное" восприятие, зрительный предметный гнозис, опико-пространственный гнозис первично сохранны.

Произвольная регуляция: наблюдается выраженная импульсивность во всех пробах, программирование грубо нарушено, контроль за деятельностью резко снижен.

Речь: спонтанная устная речь бедная, преимущественно представлена речевыми шаблонами, в диалогической речи наблюдаются эхолалии, при ответе на вопросы, периодически заимствует последнюю часть вопроса для ответа.

Повторная речь сохранна. Рядовая речь в прямом порядке зачастую произносится при актуализации начала ряда с помощью специалиста, в обратном порядке наблюдаются пропуски элементов, соскальзывания на прямой порядок, чтение угадывающее. Письмо проверить невозможно.

Память: автобиографическая память относительно сохранна (помнит имена детей, супруги, даты рождения назвать не может, в отношении причин нахождения в стационаре считает, что "приболел", "простудился"). При диагностике

слухоречевой памяти серий из пяти слов, кривая запоминания 4-5, отсрочено 0.

Счёт: операции сложения демонстрируют большую сохранность относительно вычитания. Операции сложения в пределах первых двух десятков выполняет самостоятельно с импульсивными ответами, однако, корректирует себя при обращении внимания специалистом на допущенные ошибки. При вычитании пациент даёт большее число импульсивных ответов, теряет промежуточный результат, направляющая помощь здесь менее эффективна.

Гнозис: при диагностике зрительного предметного гнозиса наблюдается аспонтанность, требуется направляющая помощь, чтобы пациент назвал изображенные предметы. Наблюдается множество псевдогностических феноменов, perseverации. В оптико-пространственном гнозисе даёт импульсивные ответы, самокоррекции не возникает.

Практика проверить невозможно в силу грубого неврологического дефицита.

Фонематический слух, "квазипространственное" восприятие, зрительный предметный гнозис, оптико-пространственный гнозис первично сохранены.

Рекомендации по ТСР и средствам ухода: [25.01.2024] Врач уролог: Абсорбирующее белье, подгузники 3шт. на 1 сутки

[26.01.2024] Врач по ЛФК:

Корсет функционально-корригирующий -1шт

Реклинатор - корректор осанки; 1шт

-Тутор на голеностопный сустав - 2 шт;

-Тутор на коленный сустав - 2 шт

-Ортопедическая обувь на аппарат без утепленной подкладки 1пара;

-Ортопедическая обувь на аппарат на утепленной подкладке 1 пара;

-Ортопедическая обувь сложная без утепленной подкладки 1 пара

-Ортопедическая обувь сложная на утепленной подкладке 1 пара

-Кресло-коляска с ручным приводом комнатная; 1шт

-Кресло-коляска с ручным приводом прогулочная; 1шт

-Аппарат на голеностопный сустав - 2шт

-Аппарат на коленный сустав - 2шт

-Аппарат на тазобедренный сустав- 2шт

-Тутор на тазобедренный сустав - 2шт

-Тутор на всю ногу- 2шт

Противопролежневая подушка воздушная - 1 шт

Противопролежневая подушка гелевая - 1 шт

Кресло-стул с санитарным оснащением активного типа;

Сиденье для ванны;

Стул для ванны;

Ходунки с опорой на предплечье - 1шт

Головодержатель полужесткой фиксации- 1 шт

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

Тутор на локтевой сустав (Орго арт. 4080 размер) S/M - 2шт.

Тутор ТС-л на лучезапястный сустав (размер 01) - 2 шт.

Рекомендовано:

1) Режим - общий

2) Соблюдение диеты с ограничением жиров животного происхождения, поваренной соли, легко усваиваемых углеводов;

3) Динамическое наблюдение невролога, кардиолога, эндокринолога по месту прикрепления с коррекцией терапии по необходимости;

4) Соблюдение рекомендаций раздела рекомендации по ТСР и средствам ухода

5) Соблюдение рекомендаций уролога:

- При манифестации уроинфекции необходимо назначение антибактериальной терапии по посеву мочи

- Соблюдение питьевого режима с потреблением жидкости не менее 2,5 литров с сутки,

- Раз в месяц, в течение 10днев прием растительных диуретиков:пол-пала, толокнянка, спорыш, хвощ полевой, горец птичий, кукурузные рыльца, семена укропа, лист брусники, лист черной смородины, ягода клюквы, ягода брусники, березовые почки, почечный чай, урологический сбор, бруснивер

- Периодический прием препаратов растительных уроантисептиков курсами по 1-2 месяца: Фитолизин, цистон, канефрон.

- Обследование в объеме: УЗИ мочевого пузыря с контролем остаточной мочи, общий и бактериологический анализ мочи, биохимический анализ крови с определением мочевины и креатинина проводить не реже 1 раза в полгода;

- При изменениях цвета мочи, появлении примесей, хлопьев, немотивированных вечерних подъемов температуры тела срочная консультация уролога

6) Медикаментозная терапия:

АЭП:

- Таб. Кепра 750 мг, по 1 табл. 2 раза в сутки, строго соблюдая 12-часовой интервал, длительно

Коррекция спастики:

- Таб. Баклосан 10 мг, по 1 табл. 3 раза в сутки, под контролем АД, длительно

Противодементная терапия:

- Таб. Марукса (Акатинол Мемантин) 20 мг, по 1 табл. 1 раз в день, утром, длительно

Уродинамическая терапия:

- Таб. Омник Окс 0,4 мг 1 табл. 1 раз в день, утром, длительно

Прокинетическая терапия:

- Форлак по 1 пакетик 1 раз в день

- Микролак 1 раз в 3 дня (или перед предполагаемым актом дефекации)

7) Рекомендации по уходу:

- Регулярный контроль уровня артериального давления и частоты пульса 2 раза в день с ведением дневников.
- Контроль за регулярностью и адекватностью физиологических отпавлений: - стул - частота не реже 1 раза в 2 дня, при задержке стула более 2 -х дней - стимуляция слабительными средствами;
- Регулярная обработка кожных покровов и видимых слизистых 2 раза в сутки с целью профилактики пролежней; расправление складок на простынях; использование противопролежневых систем (матрасы).
- Эластическая компрессия нижних конечностей в момент физических нагрузок и при сидении со спущенными конечностями

8) Продолжить курс реабилитационно - восстановительных мероприятий направленных на:

- Повышение толерантности к физической нагрузке (увеличение времени в поддержании положения сидя и при аппаратной вертикализации)
- Расширение двигательного режима (переворачиваться на бок, на спину, самостоятельное присаживание в кровати, активное участие в акте пересаживания)
- Снижение патологического мышечного гипертонуса конечностей (ботулинотерапия рекомендована 3-4 раза в год препаратом Диспорт в количестве 2000 ЕД (учитывая рекомендации по коррекции спастики в верхних и нижних конечностях, максимально допустимую дозировку необходимо расширить до 2000 ЕД, или off label у пациентов с генерализованной спастикой максимально до 3000 ЕД однократно.))
- Увеличение амплитуды пассивных движений в суставах конечностей (с помощью ЛФК и массажа и медикаментозной поддержки (ботулинотерапия) для всех крупных суставов конечностей с обеих сторон)
- Укрепление мышц спины, живота, верхних и нижних конечностей.
- Улучшение манипулятивной функции рук.
- Расширение и совершенствование навыков самообслуживания (с минимальной ассистенцией осуществлять утренний и вечерний туалет кожных покровов, умываться, чистить зубы, прием пищи)

9) Ботулинотерапия рекомендована 3-4 раза в год препаратом Диспорт в количестве 2000 ЕД (учитывая рекомендации по коррекции спастики в верхних и нижних конечностях, максимально допустимую дозировку необходимо расширить до 2000 ЕД, или off label у пациентов с генерализованной спастикой максимально до 3000 ЕД однократно) в указанные мышцы с целью:

- * коррекции мышечного гипертонуса по спастическому типу
- * проведения активной реабилитации
- * профилактики формирования контрактур крупных суставов
- * для адекватного ухода и возможности самообслуживания

Учитывая оформленную группу инвалидности, пациенту показано бесплатное лекарственное обеспечение и проведение ботулинотерапии у окружного невролога-ботулинотерапевта по месту прикрепления на льготной основе.

Пациент с нарушениями функций со средним реабилитационным потенциалом нуждается в проведении медицинской реабилитации в специализированных отделениях медицинской реабилитации многопрофильных стационаров, санаториев или реабилитационных центров.

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

Лучевая нагрузка (мЗв) - 0,06

Диагноз скорректирован

Пациент выписывается под наблюдение амбулаторной службы

ЛВНТ не выдавался (не требуется)

Главный врач _____

Заведующий отделением _____

Врач невролог _____

Фу Р.Г.

Кулиев В.А.

Лисицына Т. И.

