

Выписной эпикриз

Дата: 10 июля 2023 года.

Врач: Прорвич Олег Сергеевич.

Пациент: Кухливский Тимофей Алексеевич, 9 лет (25.07.2013)

Законный представитель: Кухливская Светлана Владимировна (мама).

Реабилитация с 20 июня 2023 года по 10 июля 2023 года.

№ истории болезни: 879/2023.

ДИАГНОЗ ПО МКБ 10

Основное заболевание: С72.0 Интрамедуллярная астроцитома на уровне С2-Т2 позвонков. Состояние после оперативного лечения 10.06.15. Динамическое наблюдение.

Осложнения основного заболевания: Хронический гастродуоденит. Хронический запор, субкомпенсированная стадия. Хроническая белково-энергетическая недостаточность.

ЖАЛОБЫ

При поступлении: на слабость в конечностях, невозможность самостоятельно передвигаться, нарушение функции тазовых органов.

АНАМНЕЗ

Болезни: со слов мамы и данных медицинской документации Тимофей болен с февраля 2015 года, когда появились жалобы на стойкий абдоминальный болевой синдром, получал лечение в гастроэнтерологическом отделении по поводу рецидивирующих инвагинаций кишечника, эрозивно-геморрагического энтерита. В конце мая 2015 года появились слабость в руках. На МРТ ЦНС с и без КУ от 05.06.19 выявлено объемное образование на уровне С2-Т2 с умеренным перифокальным отеком и сирингомиелией. 08.06.15 поступил в НИИ НХ им. Бурденко, в клинической картине отмечались проявления прогрессирующего тетрапареза. Гистологическое заключение: мелкие фрагменты астроцитарной глиомы.

В послеоперационном периоде появились бульбарные нарушения, нарушения дыхания. По данным МРТ - данных за рецидив и метастазирование не получено. Неоднократно проходил курсы стационарного и восстановительного лечения. Поступил в центр "Три сестры" для проведения курса реабилитационных мероприятий.

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.

Оперативные вмешательства: 10.06.15-удаление интрамедуллярной опухоли; 15.06.2015 - установка трахеостомы, гастростомы; 14.12.16 - удаление трахеостомы; 16.06.18 - удаление гастростомы.

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: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 80 уд/мин, АД – 90/60 мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, проводится во все отделы, ЧД – 16/мин, сатурация 98-99%. Живот мягкий, доступен для пальпации во всех отделах. Диурез достаточный. Стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Общее состояние при выписке: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 84 уд/мин, АД – 95/60 мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, проводится во все отделы, ЧД – 17/мин, сатурация 98-99%. Живот мягкий, доступен для пальпации во всех отделах. Диурез достаточный. Стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Неврологический статус при поступлении и выписке: в сознании, ориентирован, контактен, выполняет простые инструкции. ЧН – зрачки одинаковые, реакция на свет живая, нистагма нет, движения глазных яблок в полном объёме, лицо симметричное, язык в полости рта центрирован, бульбарных, псевдобульбарных нарушений нет. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, СПР высокие, без четкой разницы сторон, клonusы стоп. Выпадение всех видов чувствительности. Менингеальные симптомы не определяются. Патологических рефлексов нет. С помощью поворачивается, голову удерживает.

Ход реабилитации

ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специалисты центра на встрече с пациентом и его родными согласовали задачи реабилитации: Организация досуговой деятельности, профилактика вторичных осложнений.

Запланированные цели реабилитации были достигнуты: Тимофей может рисовать, сидя в организованной среде, в организованной среде может играть в адаптированную настольную игру; записан и разучен комплекс упражнений для профилактики вторичных осложнений.

Во время реабилитации пациент получал занятия физической терапией; занятия эрготерапией; массаж; акватерапией (бассейн); занятия механотерапией на тренажере Мотомед; теплолечение. Объем занятий — до 4-6 часов в день.

Оценка по шкале FIM (шкала функциональной независимости):

Оценка по шкале FIM выросла на 1 балл: с 35 баллов при поступлении до 36 баллов при выписке, при максимально возможных баллах – 126. Пациент зависит от окружающих.

Оценка по шкале ШРМ (шкала реабилитационной маршрутизации):

Оценка по шкале ШРМ составляет 5 баллов (грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности).

Следующая реабилитационная цель: профилактика вторичных осложнений; работа по запросу.

Процесс лечения

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

за время пребывания в центре было стабильным, не препятствовало реабилитационным мероприятиям.

Рекомендации пациенту

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- Продолжить занятия физической реабилитацией амбулаторно/дистанционно.
- Необходимо ежедневно совершать прогулки не менее 50-60 минут.
- Необходимо ежедневно использовать ортезы и тьютора.
- Соблюдать правильное позиционирование Тимофея при различных активностях.
- Ежедневные занятия механотерапией на аппарате Мотомед.
- Продолжить выполнять упражнения, учитывая рекомендации центра.

ЭРГОТЕРАПИЯ

Рекомендации в отношении пациента: соблюдать позиционирование во время активностей.

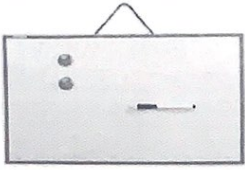

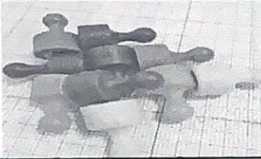
Рекомендации по адаптации квартиры/дома – не нуждается.

Рекомендации по адаптации домашней среды - не нуждается.

Адаптация настольных игр «ходилок» - для адаптации игры необходимы следующие материалы:

- Магниты на клейкой ленте.
- Магнитная доска по размеру игры.
- Полотно с настольной игрой (желательно по размеру магнитной доски).
- Игровые фишки на магните.
- Стилус для игрока.
- Кубик для «ведущего» игрока.

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Название оборудования	Вариант оборудования	Примечание
Магнитная доска		Размер 30x45
Магниты на двухстороннем скотче		
Магнитные фишки		

ОБСЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ

Наблюдение невролога, педиатра, гастроэнтеролога, ортопеда-травматолога по месту жительства.

Учитывая выраженный дефицит массы тела, добавить к питанию специализированные смеси для дополнительного питания «Нутрикомп Дринк Плюс».

КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ

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

Лечащий врач Прорвич Олег Сергеевич.

И.о. главного врача Колбин Иван Александрович.





«НИИ нейрохирургии
им. акад. Н.Н. Бурденко»

Кухливский Тимофей Алексеевич

Отделение: **2-е** № иб **2890/15** Возраст: **1 г. 10 м. (25.07.2013)**
стац

Выписка из истории болезни

Дата поступления в стационар: **08.06.2015**

Диагноз:

Интрамедуллярная опухоль на уровне C2-Th3. Прогрессирующий тетрапарез.

Анамнез:

Ребенок от 2 беременности, 2 родов в срок. До начала заболевания рос и развивался соответственно возрасту. Прививки до 6 мес. по графику, далее мед.отвод. Из перенесенных заболеваний: простудные. Аллергическая реакция на атропин по типу крапивницы. Гемотрансфузия не проводилась. Со слов матери, болеет с февраля 2015г, когда появилась слабость в руках и ногах; в течение последнего месяца отмечалось прогрессирующее нарастание тетрапареза. Первично пациент проходил лечение в гастро-энтерологическом отделении по месту жительства с диагнозом эрозивно-геморрагический энтерит, рецидивирующие инвагинации тонкой кишки. Во время дообследования выявлена внутримозговая опухоль на уровне C2-D5 с умеренным перифокальным отеком и сирингомиелией. По месту жительства предложено хирургическое лечение, от которого мать пациента отказалась, обратилась в институт за консультацией. На предоставленных МР-томограммах отмечается внутримозговая опухоль на уровне C2-D5. Клинически отмечается тетрапарез до 2-х баллов. Консультирован дежурным нейрохирургом НИИ НХ им. Н.Н.Бурденко. Проведена совместная консультация с заведующим 2-ым нейрохирургическим отделением проф. Мелияном А.Г. Учитывая прогрессирующее ухудшение состояния пациента, после согласования данной ситуации с главным врачом - Глазманом Л.Ю., принято решение о госпитализации пациента по дежурству. - показано хирургическое лечение в ускоренном порядке - удаление опухоли и использование интраоперационного нейрофизиологического мониторинга Настоящая госпитализация для хирургического лечения.

Клиническая картина заболевания:

При поступлении в клинической картине заболевания вынужденное положение пациента - лежит на спине; прогрессирующий тетрапарез - мышечная сила в кистях до 1б, в проксимальных отделах до 1-2б, в ногах по 2б, сухожильные рефлексы на руках D=S снижены, на ногах D>S оживлены; минимальная двигательная активность в дистальных отделах рук и ног, самостоятельно не садиться, не сидит, не встает и не стоит. Менингеальная симптоматика отрицательная. По данным МРТ спинного мозга от 05.06.2015г - МР-признаки интрамедуллярной опухоли на уровне C2- Th3. 09.06.2015 резкое ухудшение состояния ребенка в виде нарастания тетрапареза до плегии в ногах; тахикардия до 200 уд.в мин., дыхательными нарушениями на фоне пареза диафрагмы: выраженная одышка - тахипноэ до 55 в мин, передняя брюшная стенка активно участвует в акте дыхания, экскурсия грудной клетки ограничена. В тяжелом состоянии ребенок переведен в отделение реанимации.

Ход лечения:

10.06.2015 оперирован - "Удаление интрамедуллярной астроцитомы на уровне C2-Th2 позвонков с МЕР-мониторингом". В послеоперационном периоде в неврологическом статусе отмечалось нарастание тетрапареза до тетраплегии; бульбарные нарушения (парез надгортанника, расстройство чувствительности гортаноглотки, нарушения глотания, отсутствие кашлевого рефлекса), требующие протекции дыхательных путей.

15.06.2015 оперирован - "Пункционно-дилатационная трахеостомия".

Послеоперационная рана без признаков воспаления, швы сняты в затылочной области, рана зажила первичным натяжением.

В общем анализе ликвора от 15.06.2015: цитоз-87/3, белок-0,36 ‰.

В биохимии ликвора от 15.06.2015: глюкоза 3.4 (N 2,2 - 3,9 ммоль/л), лактат 2.3 (N 1,1 - 2,4 ммоль/л).

Микробиологическое исследование ликвора от 15.06.2015: 22.06.2015 стерильно (7 сут.).

По рентгенограмме органов грудной клетки от 17.06.2015 диагностирован тотальный левосторонний ателектаз; вызван специалист для проведения санационной бронхоскопии.

Осмотрен врачом-эндоскопистом 17.06.2015: бронхоскоп 4мм, трахеостома удалена - бифуркация, бронхи норма, слева большое количество белесой мокроты; санировано; левый главный бронх проходим; трахеостома восстановлена.

06.07.2015 г. ребенок переведен из реанимации в отделение.

Состояние ребенка стабильное, дыхание самостоятельное через трахеостому, тетраплегия, ребенок в сознании, на обращенную речь фиксирует взор, зрачки D=S, фотореакция сохранена, взором следит, отвечает поворотом головы, мышечная гипотония, сухожильные рефлексы D=S низкие, менингеальная симптоматика отрицательная, мочеиспускание по катетеру.

Заключение:

Планируется выписка ребенка в период с 08 по 13 июля 2015г.

В связи с наличием у ребенка трахеостомы, необходимости санации верхних дыхательных путей, риска дыхательных нарушений нуждается в сопровождении анестезиолога-реаниматолога.

Лечащий врач

Белова Ю.Д.

Заведующий отделением

д.м.н. Меликян А.Г.



06.07.2015

125047, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16
Факс: 250-93-51 E-mail: info@nsi.ru
<http://www.nsi.ru>

Дирекция 251-6526
Бухгалтерия 251-8666
Канцелярия 251-6304