



## ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Март 2016

**МАРИНА АЛЕКСАНДРОВА**

Дата госпитализации: 14/03/2016

### АНАМНЕЗ:

Девочка возраста 8 лет. Приоритет в движении: правая рука. Речь: родной язык – русский.

Пациентка 8 лет получила черепномозговую травму в результате дорожнотранспортной аварии в сентябре 2014 года в России. Была произведена дескомпрессионная кранеостомия с продолжительной госпитализацией до июня 2015 года. После выписки пациентка направлена домой без осложнений. В сентябре 2015 года было произведено вентрикулярно-перитонеальное шунтирование. Питание через назогастральный зонд. 25 января 2016 госпитализирована в Институт Гуттманна. 3 февраля 2016 года в госпитале Сан Жоан де Деу была поставлена гастростомия и произведена кранеопластика с проверкой функциональности вентрикулярно-перитонеального шунта. После выписки госпитализирована в наше отделение нейрореабилитации для проведения специфического лечения.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Пациентка с неврологическим статусом состояние минимального сознания. Режим сна-бодрствования структурирован. Визуально открытие глаз спонтанное. Присутствие угрозы в обоих полях зрения. Фиксация взгляда непоследовательная.

Отвечает на звуковые стимулы, способна локализовывать место происхождения стимула, больше с левой стороны из-за модели движения. На мотивирующие стимулы (детские песни на родном языке) отвечает смехом и изменением выражения лица непоследовательно. Ответ на болевые стимулы рефлексным отдергиванием.

Шов от кранеостомии слева и в зоне вентрикулярно-перитонеального шунтирования. Выраженная кахексия.

Нарушение глотания. Жевательные способности нарушены. Задержка активации глотательного рефлекса. Питание через гастростому.



Отсутствует произвольные контрол орофациальных структур , задействованных в речи и глотании. Выраженная гипертония на цервикомышечном уровне (грудино-ключично-сосцевидная мышца и смежная мускулатура). Мышечный орофациальный тонус сохранен, некоторые зоны в гипертонусе (подбородок и жевательные мышцы). Автоматическая активация ротовой моторики после стимуляции неба или губной уздечки. Анартрия. Не наблюдаются произвольные звуки, только жалобы или плач. Марина фиксирует взгляд на объектах или людях в течении нескольких секунд на занятиях. Не выполняет приказы. Не общается с собеседником. Непостоянно отвечает на некоторые стимулы улыбкой (знакомая музыка, визуальный контакт с другими детьми).

На уровне моторики в спокойном лежачем положении присутствует скручивание тела влево, с поворотом шеи влево, верхние конечности висят и расширением нижних конечностей с тенденцией к скрещиванию. Двигательная активность ненаправленная всех четырех конечностей. Множественные сжатия суставов, особенно в левой половине тела. Левая верхняя конечность – лимитация в абдукции плеча на 90 и в сгибании на 70°. Сгибание в локте на 50М, запястья на 5°, пальцы свободные. Нижняя левая конечность вывернута на внешнюю сторону и в абдукции. Укорочение поясничной мышцы. Эквинно-вальгусная стопа со сжатыми пальцами. Вальгус редуцируется на -10°, эквинность не редуцируется на -35°. Присутствует большая пассивная двигательная активность в правой половине тела. Абдукция плеча на 110° и сгиб на 105°. Сгибание в локте на 30°. Запястье согнуто дорсально, со сгибом кисти руки на 50°. С тенденцией к редукции в большом пальце. Нижняя правая конечность вывернута во внутрь с ограничением поворота на внешнюю сторону. Эквинно-вальгусная стопа. Вальгус редуцируется , эквинность не редуцируется на -35°. На аксиальном уровне не контролирует голову. Не контролирует тело в сидячем положении, отсутствует реакция на выпрямление. Значительная латерофлексия влево с горбом справа и выпячиванием левой половины грудной клетки. Тазовая асимметрия. Передвижение на инвалидной коляске. Глабеллярный рефлекс и при надавливании. Ладонно-подбородочный двусторонний рефлекс. Рефлекс Бабинского справа, безразличный рефлекс слева.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

В соответствии с описанием состояния пациентки требуется:

- Корсет Бостон гибкий
- Наклонная инвалидная коляска с сидением и спинкой, изготовленные по индивидуальным замерам, для контроля положения тела
- Ортезы прогрессивные для локтей
- Ортез прогрессивный для левой руки и запястья
- Ортез постуральный для правой руки и запястья
- Ортез артикулярный для обеих нижних конечностей
- Нейрореабилитационное непрерывное лечение в течении 18-30 месяцев.

Учитывая состояние здоровья Марина не может путешествовать и пользоваться общественным транспортом, полностью зависит от Ирины Алымовой, опекуна. На данный момент Ирина Алымова не может оставить



Марину и должна находиться возле Марины 24 часа в сутки. Данный вид лечения длительный и может продолжаться до трех лет. Учитывая положительную динамику состояния рекомендуется продолжать ежедневное нейрореабилитационное лечение в течении минимум 18-24 месяцев. В течении этого времени Марина Александрова и Ирина Алымова не могут покинуть страну из-за того, что лечение должно быть ежедневным и непрерывным. По статистике непрерывное нейрореабилитационное лечение при ЧМТ дает хорошие результаты и возможность восстановления функциональности пациента.

Каркайшент, 31/03/2016

Подписи (см оригинал на испанском языке)

Директор Жоан Ферри Кампос

Директор исследовательской группы Энрике Ноз Себастьян, N° лицензии 46/18470

Медицинский координатор Белен Молинер Муньос N° лицензии 46/20116

Врач реабилитолог Клара Родригес Санчес-Лейва

Перевод осуществлен международным отделом госпиталя

Подпись

Заведующая международным отделом Ольга Ганатовска

