

Анамнез

16.07.2013 – проходит повторную реабилитацию.

В анамнезе – утопание 2010 г., время пребывания под водой не известно, реанимирован за 50 минут. Интенсивное лечение в Северо-Эстонской Региональной больнице (PERH), где была установлена гастростома, дополнительное и профилактическое лечение в Региональной больнице (SA PERH), неоднократно проходил курс баротерапии. Далее – восстановительное лечение в больнице Кейла, а также в клинике Reha-Nova, сейчас домашнее, при котором молодым человеком занимаются родители, ходят 2,5 км в день + пассивная и активная физическая деятельность.

Проходил в Санкт-Петербурге обследование в институте мозга, также получал лечение. Последний раз в 2013 г. в марте. Едет снова осенью текущего года, получил приглашение на лечение также от др. И. Кольца, но высокая цена вероятно не позволит поехать туда на лечение.

Сейчас:

для вставания нуждается в меньшей опоре, опираясь на одно плечо отца, под руку проходит до 2,5 км

в последнее время больше бодрствует

- проблемой оказалось освобождение от захвата

глотает крупную пищу, однако пьёт плохо

- контроль мочевого пузыря отсутствует

- приступы эпилепсии

Объективное состояние

16.07.2013 – спастический тетрапарез, sin (левая рука) > dex (правая рука), верхняя конечность > нижняя конечность.

Наблюдает за окружающим, старается фиксировать взгляд, постоянно улыбается, что не исходит из ситуации, на внешние стимулы не реагирует или реагирует случайно (протягивание руки для приветствия).

В лежачем положении ноги согнуты в коленях и бёдрах, при совершении пассивных движений возникает сопротивление, в сидячем положении осанка кифотична, плечи приподняты, руки согнуты в локтевых суставах, ладони сжаты, пальцы не поддаются выпрямлению.

При поднятии автоматически делает шаги, сгибание колен и бёдер значительно уменьшается, однако туловище наклоняется.

Итог и рекомендации

16.07.2013 – Живетьев Константин

Психологическое обследование 16.07.13

Пациент бодрствует на протяжении всего обследования, но в основном пассивен, периодически в незначительной степени следит за обстановкой. Вступить с ним в контакт не удаётся.

Согласно полученным от родителей данным активность пациента нестабильна, будучи в хорошем состоянии вовлекаем в действие – ловит брошенный ему мяч; выполняет элементарные моторные задачи в ответ на демонстрацию этих задач. Периодически самостоятельно ест ложкой поданую еду. На видеозаписях видны яркие эмоциональные реакции пациента при общении с членами семьи и активный поиск взглядом; ходьба с минимальной внешней опорой.

Частота активных эпизодов по оценке близких постепенно возрастает.

Что касается речи, активность не увеличилась, редко произносит некоторые привычные слова, произношение в этом случае складное, и слова по смыслу уместны.

Члены семьи проконсультированы для выполнения упражнений для развития совместной работы глаз и рук и для использования более абстрактных визуальных стимулов.

Мнение: способность пациента управляться самому вероятно возможно развить разнообразным комбинированием визуальных и моторных стимулов.

Психолог

Тийна Компус

24.07.2013 – итог: Кристи Микола, Эльке Мязмурд

Пациент устанавливает зрительный контакт, следит за движущимся объектом и различными действиями. Пациент не отвечает на вопросы и не может читать. В базовых действиях ADL (направляться, передвигаться, одеваться, питаться, мыться, ходить в туалет) пациент полностью зависим от посторонней помощи. В действиях IADL не участвует. В верхних конечностях сильная спастика. Активные движения верхних конечностей присутствуют. Ограничения подвижности плечевых суставов, ограничение подвижности левого локтевого сустава и сустава IV пальца. Может сгибать пальцы обеих рук, выпрямление неполное и затруднённое. На курсах терапии проделаны различные значительные и целенаправленные действия. В конце терапии пациент может ухватиться за палку, следить за своей рукой и самостоятельно направлять её к движущемуся, издающему звук объекту.

25.07.2013 – физиотерапевт Яана Оберг

Итог:

На терапии занимались в основном активацией пациента и привлечением его к различным занятиям (использованы различные визуальные и тактильные стимулы), увеличением эластичности мышц верхних и нижних конечностей и туловища (пассивные упражнения на растягивание). Выполнена также вертикализация в автоматизированной коляске. Активная подвижность присутствует во всех конечностях, целенаправленные движения немногочисленны. При интересе схватывает различные предметы, следит за ними взглядом и тянется к ним (главным образом правой рукой). Амплитуда пассивных движений (PROM) конечностей с сопротивлением, амплитуда ограничена в плечевых суставах, в локтевом суставе левой руки (дефицит выпрямления).

Пациент в инвалидной коляске, в которой самостоятельно не передвигается. Осанка в коляске кифотична, голова наклонена к груди, локтевые суставы и пальцы согнуты. Голову на внешние стимулы сам как правило не поднимает. При пассивном поднятии головы следит глазами за происходящим, однако на общение не реагирует. При выполнении любых действий нуждается в помощи. Опираясь, способен стоять и ходить (обычно родители поддерживают за руки). При хождении туловище и голова наклонены, самостоятельно идти не начинает, направление не меняет, реагирует, когда его направляют. Темп ходьбы медленный, шаги небольшие.

Сидит без поддержки на краю терапевтического стола. Сидя без опоры, наклоняет голову к груди, осанка кифотична, тело наклонено назад. Потеря равновесия преимущественно в заднем направлении.

Дома рекомендуется продолжать упражнения на растягивание верхних и нижних конечностей и мышц туловища. Также рекомендуется продолжать активировать пациента к различным занятиям, стимулировать зрительный контакт и самостоятельно держать голову.

25.07.2013 – заканчивает курс лечения. Общее состояние во время курса удовлетворительное. Речевой контакт с пациентом отсутствует, при сидении поза кифотична, голова на груди, голову нужно поддерживать, может также держать её некоторое время самостоятельно. Наблюдает глазами, схватывает руками, $dex > sin$, разжатие пальцев затруднено. При передвижении в инвалидном кресле пассивен, но способен ходить с поддержкой (с одной стороны).

Нуждается в посторонней помощи круглосуточно.

В начале курса лечения проведён анализ мочи стр.70, с 22.07 табл. нитрофурантоин 50 мг х3, повторный анализ 24.05 – анализ мочи без патологии, табл. курс нитрофурантоин 7 дней.

Дома продолжить упражнения, нуждается в повторных курсах восстановительного лечения.

Получил 16 (часовых) курсов терапии.