



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ "НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ-КЛИНИКА ДОКТОРА
РОШАЛЯ" ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Б. Полянка ул., д.22, Москва, 119180
<https://doctor-roshal.ru>

КУЧЕРЕНКО ТАИСИЯ ЕВГЕНЬЕВНА № МК 1505-26-С
ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Данные о пациенте и времени его пребывания в больнице

Дата рождения: 13.04.2009, 16 лет

Адрес фактического пребывания: ЛНР, Перевальский район, г. Артемовск

Адрес по месту жительства (постоянной регистрации): ЛНР, Перевальский район, г. Артемовск

Телефон

Источник финансирования: ПМУ

Дата поступления в стационар: 13.01.2026 09:07

Пациент находился:

с 13.01.2026 13:54 - Хирургическое отделение

Дата выписки из стационара: 29.01.2026 12:27

Кол-во койко-дней: 16 д

Диагноз при поступлении

Основной диагноз: T94.0 Последствия сочетанной травмы от 15.06.2024 (ТЧМТ. Закрытый перелом с/3 правого плеча, закрытый перелом с/3 правого бедра. Закрытый перелом правой подвздошной кости, боковой массы S2, ветвей лобковой кости). Интеллектуально-мнестическая недостаточность. Спастический тетрапарез. Множественные контрактуры крупных суставов. Носитель гастростомы. (T94.0)

Диагноз при выписке

Основной диагноз: T94.0 Последствия сочетанной травмы от 15.06.2024 (ТЧМТ. Закрытый перелом с/3 правого плеча, закрытый перелом с/3 правого бедра. Закрытый перелом правой подвздошной кости, боковой массы S2, ветвей лобковой кости).

Состояние после перелома плечевой кости, мост спицей (неизвестной давности 2025г).

Интеллектуально-мнестическая недостаточность. Спастический тетрапарез. Комплексная моторная афазия средней степени. Спастико-паретическая дизартрия дефект средне - тяжелой степени выраженности. Дисфония. Множественные контрактуры крупных суставов. Носитель гастростомы. (T94.0)

Сопутствующие заболевания: J95.0 Свищ трахеи

Жалобы

двигательные нарушения, речевые нарушения, дефект мягких тканей после деканюляции, стояние гастростомы

Анамнез заболевания

Со слов: Травма автодорожная получена в результате ДТП 15.06.2024г., (ЛНР, г. Артемовск) около 3.50, произошло столкновение легкового автомобиля с деревом, пострадавшая – пассажир переднего сидения. Вызвана СМП, оказана неотложная помощь, доставлена в приемное отделение ГБУЗ «ПРЦРМБ» ЛНР. Состояние на момент поступления оценено как крайне тяжелое, нестабильное, уровень сознания – кома 3 ст. 18.06.2024 транспортирована в г. Луганск ГБУЗ ЛРДКБ, затем в НИИ НДХИТ. Ребенок переведен в отделение нейрохирургии НИИ НДХИТ 09.08.24 из отделения реанимации для дальнейшего лечения. По стабилизации состояния, выполнена установка гастростомы с учетом длительного прогноза восстановления, в том числе и глотания.

09.08 ребенок переведен в отделение нейрохирургии для дальнейшего лечения, где прошел курс реабилитации. Состояние ребенка осложнялось течением дизэнцефальных кризов, развитием пролежня крестцовой области. 17.09.24 уровень сознания минимальное плюс, ребенок выставлен на вертикализатор, высажен в кровати. Сохранялся тяжелый тетрапарез, дизэнцефальные кризы, тяжелая нейрогенная дисфагия. После выписки Ребенок находился в отделении гнойной хирургии для хирургического лечения пролежня. В межгоспитальный период девочка наблюдалась по м/ж, курсы реабилитации не проходила, занимались ЛФК, массажем на дому. Постепенно девочка начала выполнять инструкции, появилась артикуляция, ребенок начал есть через рот до 8 ложек в

день, не поперхивается. В апреле 2025г девочка прошла курс лечения и обследования в НИИ НДХИТ, проведена деканюляция, выполнена контрольная МРТ ГМ, без отрицательной динамики. На фоне проводимого лечения ребенок переведен на питание общим столом, проводилась медикаментозная коррекция спастичности, высаживание в кресло-коляску, вертикализация. С момента последней госпитализации отмечается нарастание спастичности с болевым синдромом, после деканюляции сохраняется дефект мягких тканей с отделяемым. Судорог не отмечалось. Рекомендованная терапия клоназепамом прекращена в декабре в связи отсутствием препарата. Настоящая госпитализация в НИИ НДХИТ плановая для обследования и лечения.

Состояние при поступлении

Неврологический статус (педиатрический).

При осмотре - девочка лежит на спине, фиксирует взгляд, прослеживает. Выполняет все предложенные инструкции. Речь представлена простой фразой, с элементами дисфонии. Ребенок на самостоятельном дыхании, сохраняется дефект мягких тканей после деканюляции. Питание через рот общим столом (гастростома не используется).

По ЧМН - движения глаз в полном объеме, зрачки равновеликие 4мм, фотореакция сохранена. Точки выхода ветвей тройничного нерва при пальпации безболезненны. Лицо симметрично, мимика живая. Глотание не нарушено, дисфония, дизартрия. Голова с поворотом вправо за счет гипертонуса.

В двигательной сфере - выраженный спастический тетрапарез с формированием патологических установок в конечностях - справа плечо приведено к груди, сгибательная установка, локтевом, лучезапястном суставах, слева разгибательная установка в локтевом суставе, пальцы сжаты в кулаки. Нижние конечности в положении разгибания, эквинусная деформация обеих стоп. Активные и пассивные движения резко ограничены. С болевым синдромом. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, до 5 баллов по шк Ашворт, с.р, высокие с расширением рефлексогенных зон, пат. с-м Бабинского с 2х сторон. мочеиспускание и дефекация в памперс, произвольный контроль отсутствует.

Девочка не переворачивается, удерживает голову сидя с поддержкой.

Инструментальные исследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства. 14.01.2026 10:08

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ:

Расположение обычное, форма не изменена.

Размер: 66x26 мм (норма)

Содержимое гомогенное.

Стенки не изменены.

Холедох не расширен.

Конкременты не выявлены.

ПЕЧЕНЬ:

Правая доля: 103 мм левая доля: 62 мм (норма)

Контур: четкий, ровный.

Структура: однородная.

Эхогенность: не изменена.

Сосудистый рисунок сохранен. Воротная вена не расширена.

Печеночные вены не изменены.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Очаговых образований нет.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:

головка 17 мм, тело 11 мм, хвост 19 мм (норма)

Контур: ровные, четкие.

Структура паренхимы: однородная.

Эхогенность не изменена.

Панкреатический проток: не расширен.

СЕЛЕЗЕНКА:

Расположение обычное, контуры четкие, ровные.

Длина: 94 мм, ширина: 37 мм (норма)

Структура паренхимы: однородная.

Эхогенность: обычная.

Селезеночная вена в воротах не расширена.

ЭХО-КАРТИНА КИШЕЧНИКА - петли кишечника не расширены, стенка не изменена, содержимое кишечное, перистальтика направленная, умеренное количество газа.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: не определяются.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК: не визуализируется.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ: нет.

ЛЕВАЯ ПОЧКА: 108x45 мм (норма)

ПРАВАЯ ПОЧКА: 101x43 мм (норма)

Визуализируются в типичном месте.

Контур: ровный, четкий. Капсула: не изменена.

Смещаемость: в пределах возрастной нормы.

Паренхима: дифференцировка сохранена. Эхогенность - нормальная. Толщина паренхимы - норма.

Кровоток: норма (до коркового слоя)

ЧЛС: не расширена. Стенки не изменены.

Мочеточники не расширены, стенки не изменены.

Область надпочечников не изменена.

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ - умеренно заполнен, стенка не утолщена, внутренний контур ровный, слизистая не изменена, содержимое гомогенное.

Заключение: Эхо-признаков патологических изменений органов брюшной полости и почек не выявлено.

Видео-ЭЭГ-мониторинг (дневной). 14.01.2026 11:59

Описание

: 13.01.2026 15:40 запись ЭЭГ в состоянии пассивного бодрствования с закрытыми глазами в положении сидя, затем лежа в течение 60 минут. Девочка не уснула.

Основной ритм: частота 10-11 Гц, амплитуда до 60-80 мкВ, D=S, регистрируется в теменно-затылочной области, регулярный, слабо модулированный, негрубо дезорганизован медленноволновой активностью и полифазными потенциалами.

Сенсомоторный ритм: не зарегистрирован.

Зональные различия: сохранены.

Бета-активность: амплитуда до 10-15 мкВ, преобладает во фронтальных отделах, S=D.

Тета-активность: амплитуда 40 - 60 мкВ, регистрируется диффузно в виде отдельных волн и групп волн, выражена умеренно.

Дельта-активность: амплитуда до 40 - 60 мкВ, представлена слабо в виде единичных волн, D=S.

Билатерально-синхронные вспышки: нет.

Межполушарная асимметрия: нет.

Реакция активации: отчетливо.

Проба с ритмической фотостимуляцией: реакция слабая, РУР нет.

Проба с гипервентиляцией не проводилась.

Эпилептиформная активность: нет.

Заключение: Основной ритм бодрствования сформирован в соответствии с возрастом, негрубо дезорганизован медленноволновой активностью и полифазными.

Отмечается диффузное усиление высокочастотного спектра.

Сон не зарегистрирован.

Проба с ритмической фотостимуляцией не провоцирует пароксизмальных изменений на ЭЭГ.

Эпилептиформной активности за время настоящего исследования ЭЭГ не выявлено.

Компьютерная томография головного мозга. 14.01.2026 17:44

Описание исследования

Цель исследования: оценка

Доза облучения: 2 мЗв

Описание результатов

При КТ черепа, из истории болезни; состояние после ранее перенесенной сочетанной травмы, ТЧМТ от 15.06.24 г.

Структурных изменений в костях свода, основании и лицевого отдела черепа не определяется.

По-прежнему определяются обширные гиподенсные зоны кистозно-глиозной трансформации вещества лобных, теменных и височных долей обоих полушарий мозга.

Визуализируется субдуральная ликворная гигрома над левой лобной, теменной и височной долей толщиной слоя до 13 мм.

Срединные структуры подтянуты влево на 2 мм.

Желудочковая система расширена, не деформирована.

Боковые желудочки асимметричны, более слева.

III-й желудочек шириной 20 мм, было 11 мм., IV-й желудочек 18 мм..

Борозды коры головного мозга крупного калибра, конвекситальные, субарахноидальные и ликворные щели неравномерно расширены, глубокие с тенденцией к разветвлению, визуализируются удовлетворительно.

Участков свежего кровоизлияния в ткани головного мозга не определяется.

Ликворосодержащие цистерны на уровне среднего мозга и основания несколько расширены, прослеживаются хорошо.

Конвекситальные борозды больших полушарий и мозжечка глубокие, разветвлены, миндалики в бзо не пролабируют.

Турецкое седло правильной формы, обычных размеров, костная структура его не изменена.

Дифференциация на серое и белое вещество здоровой ткани мозга не нарушена.

Придаточные пазухи носа воздушны.

Отмечается снижение воздушности ячеек пирамиды и клеток сосцевидного отростка левой височной кости черепа.

Окружающие мягкие ткани черепа без особенностей.

Дата проведения исследования: 14.01.2026 15:58

Заключение

Последствия ТЧМТ от 15.06.24 г.

Асимметричная вентрикуломегалия, S>D.

Расширение желудочковой системы в динамике, по сравнению с предыдущим исследованием.

Зоны кистозно-глиозной трансформации мозговой ткани лобных, теменных и височных долей обоих полушарий мозга.

Расширение наружных и базальных арахноидальных пространств головного мозга.

Атрофические изменения вещества обоих полушарий головного мозга.

Свежих участков кровоизлияния в ткани головного мозга не выявлено.

Снижение пневматизации ячеек пирамиды и сосцевидного отростка левой височной кости.

Костно-травматические повреждения черепа не выявлены.

Искривление носовой перегородки.

Признаки ринита.

Рентгенография костей таза. 14.01.2026 17:56

Описание исследования

Цель исследования: исключить оссификаты/ подвывихи тбс

Доза облучения: 0,176 мЗв

Проекция: 1

Описание результатов

Орган: кости таза

Проекция съемки: прямая

Ассиметрия тазового кольца. Консолидированные переломы лонных костей с обеих сторон, седалищной и подвздошной кости справа. Остеофит верхнего края вертлужной впадины слева.

Гетеротопическая оссификация мягких тканей у малого вертела справа размером 13 x 12 мм.

Дата проведения исследования: 14.01.2026 16:08

Заключение

Ассиметрия тазового кольца. Консолидированные переломы лонных костей с обеих сторон, седалищной и подвздошной кости справа. Остеофит верхнего края вертлужной впадины слева.

Гетеротопическая оссификация мягких тканей у малого вертела справа размером 13 x 12 мм.

ЭНМГ-исследование проводящей функции нервов нижних конечностей. 15.01.2026 15:37

Описание

: СТИМУЛЯЦИОННАЯ ЭНМГ верхних и нижних конечностей.

Моторный и сенсорный ответ срединного, локтевого, большеберцового, малоберцового нервов с 2-х сторон в норме.

F-волна высокой амплитуды, синхронизирована.

Заключение: Полиневральных изменений нервов верхних и нижних конечностей не выявлено.

Признаки супрасегментарных нарушений

Исследование вызванных моторных ответов с периферических нервов, сплетений и корешков методом магнитной стимуляции. 15.01.2026 15:48

Заключение: При стимуляции с правого полушария кортикальный ВМО стабильно воспроизводится при пороге стимула 70%, в норме ВЦМП, сегментарный и периферический ответ в норме.

При стимуляции с левого полушария кортикальный ВМО получен стабильно, высокой амплитуды, при пороге стимула 70%, в норме ВЦМП; сегментарный и периферический ответ в норме.

признаки супрасегментарных (центральных) нарушений

Зрительные вызванные потенциалы. 15.01.2026 15:55

Описание

: Проведено ЗВП исследование на вспышку, монокулярная стимуляция. Ответ почти стабильно выражен с 2-х сторон, справа нормальная морфология ответа, слева сниженной амплитуды, увеличены показатели латентности P100 . .

Заключение: По данным ЗВП признаки легкого нарушения зрительной афферентации с 2-х сторон, более выраженные изменения слева, на уровне зрительного нерва и зрительной коры, справа ЗВП ответ с положительной динамикой в сравнении с 04.25 г..

Рентгенография плечевой кости. 16.01.2026 11:58

Описание исследования

Цель исследования: процесс течения перелома справа

Доза облучения: 0,006 мЗв

Проекция: 2

Описание результатов

Дата проведения исследования: 16.01.2026 11:27

Заключение

На контрольных Р-граммах правой плечевой кости в 2-х проекциях определяется консолидированный перелом с/3 диафиза в условиях МОС. Ось кости ближе к удовлетворительной. Мягкие ткани без особенностей. Костная мозоль прослеживается.

Заключение: Консолидированный перелом с/3 правой плечевой кости в условиях МОС.

Лабораторные исследования

Клинический анализ крови (3 Diff (капиллярная кровь)). 14.01.2026 08:19

Название теста	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Гемоглобин общий	121	г/л	106 - 160
Количество эритроцитов	4,28	10 ¹² /л	3.5 - 5.1
Количество лейкоцитов	8,8	10 ⁹ /л	4 - 11
Количество тромбоцитов	288	10 ⁹ /л	150 - 450
Гематокрит	35,8	%	32 - 48
Средний объем эритроцитов	83,8	фл	77.9 - 100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	28,4	пг	27 - 31
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците	339	г/л	320 - 380
Ширина распределения эритроцитов по объему	14,2	%	11.5 - 18
Ширина распределения тромбоцитов по объему	16,4	%	9 - 17
Средний объем тромбоцитов в крови	10,7	фл	3.6 - 9.4
Общий объем тромбоцитов в крови (тромбокрит, PCT)	0,309	%	0.15 - 0.4
Абсолютное количество лимфоцитов	3,8	10 ⁹ /л	1 - 4.8
Относительное количество лимфоцитов	43,2	%	18 - 52
Абсолютное количество моноцитов	0,9	10 ⁹ /л	0 - 0.8
Относительное количество моноцитов	10,1	%	2 - 12
Абсолютное количество гранулоцитов	4,1	10 ⁹ /л	1.8 - 7.7
Относительное количество гранулоцитов	46,7	%	40 - 70

Коагулограмма (госпитальный скрининг) (комплекс). 14.01.2026 08:43

МНО	1,30	нормализованное отношение	0.85 - 1.35
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	38,8	с	30 - 46
Концентрация фибриногена	3,93	г/л	2,4

Общий белок. 14.01.2026 08:52

Общий белок	64,0	г/л	60 - 83
-------------	------	-----	---------

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ). 14.01.2026 08:52

Лактатдегидрогеназа	118,3	МЕ/л	120 - 280
---------------------	-------	------	-----------

Альбумин. 14.01.2026 08:52

Альбумин	45,0	г/л	35 - 52
----------	------	-----	---------

АЛТ. 14.01.2026 08:52

АЛТ	10,9	МЕ/л	0 - 34
-----	------	------	--------

АСТ. 14.01.2026 08:52

АСТ	10,8	МЕ/л	0 - 31
-----	------	------	--------

Глюкоза. 14.01.2026 08:52

Глюкоза	4,61	ммоль/л	3.5 - 6.1
---------	------	---------	-----------

Холестерин общий. 14.01.2026 08:52

Холестерин общий	4,20	ммоль/л	0 - 5.2
------------------	------	---------	---------

Мочевина. 14.01.2026 08:52

Мочевина	5,3	ммоль/л	2.2 - 7.2
----------	-----	---------	-----------

Креатинин. 14.01.2026 08:52

Креатинин	51,1	мкмоль/л	27 - 95
-----------	------	----------	---------

Билирубин общий. 14.01.2026 08:52

Билирубин общий	8,20	мкмоль/л	1 - 20
-----------------	------	----------	--------

Билирубин прямой (конъюгированный) моноглюкоронид и диглюкоронид. 14.01.2026 08:52

Билирубин прямой (конъюгированный) моноглюкоронид и диглюкоронид	1,29	мкмоль/л	0 - 5
--	------	----------	-------

СРБ. 14.01.2026 08:52

СРБ	3,22	мг/л	0 - 8
-----	------	------	-------

Клинический анализ мочи. 14.01.2026 09:55

Лейкоциты полуколичественно	-	количество/мкл	0 - 10
Кетоновые тела качественно	0	ммоль/л	0 - 0.4
Нитриты	отрицательно	мкмоль/л	0 - 0
Уробилиноген	Normal	мкмоль/л	0 - 34
Билирубин полуколичественно	0	мкмоль/л	0 - 0
Белок полуколичественно	0	г/л	0 - 0.3
Глюкоза полуколичественно	0	ммоль/л	0 - 0
Удельный вес	1,030	отн.ед.	1,005 - 1,025
Кровь качественно		мг/л	0 - 0
pH	6,0	единицы pH	5 - 7.5
Прозрачность	неполн		
Цвет	ж		
Бактерии	+++	в п/зр	0 - 0
Лейкоциты	2-5	в п/зр	0 - 10

Консультация специалиста**Судовой врач. 13.01.2026 11:00:00**

БОТТАЕВА Ж. С. Заключение: Направлена на консультацию врачом -неврологом с целью оценки состояния глотания, голоса, коммуникативной /речевой функции
1г 5мес 29 дн после травмы (ДТП, пассажир 15.06.24г; 15.2 г на момент травмы)

Медицинский логопед

13.01.26г

Девушка поступила для проведения курса реабилитации

Ориентирована в личных данных частично, верно называет имя, фамилию; ошибается в возрасте; верно называет имя мамы.

В импрессивной речи: понимание обиходной речи, выполнение простых словесных инструкций возможно; показывает/касаясь левой рукой картинные изображения по слову наименованию (при выборе из двух);

В понимании существительных 83,3% с выраженной задержкой реакции для правильных ответов

10.3"

Понимание глаголов 75% с фонологическими, семантическими и иррелевантными ошибками
При повторении псевдослов 77,1%, с вербальными и литеральными парафазиями
В понимании предложений 83,3%

В экспрессивной речи: речевая инициатива снижена, словесные ответы дает в ответ на побуждение со стороны опекуна или специалиста; речь представлена отдельными словами, в ответ на просьбу и задавая образец возможно произнесение трехсловной фразы. В речи произносительные трудности которые трактованы как специфические моторные и антропофонические ошибки
Основной способ коммуникации с использованием паравербальных средств общения, немой артикуляции

Рядовая речь на материале числового ряда+

Называет части лица, отдельные картинные изображения предметов; вербальные парафазии, при трудностях называния нужного слова контекстная подсказка, подсказка первого слога помогает не всегда

В повторении псевдослов 77,1%

Чтение: читает отдельные слова, короткие фразы с литеральными парафазиями, редукцией окончаний, ошибками угадывания, которые искажают смысл фразы

Помнит и произносит слова знакомых песен

Прием пищи и состояние функции глотания со значительной положительной динамикой-более не нуждается в модификации пищи и жидкости; гастростомой не пользуются.

На передней поверхности шеи кожный свищ, с выраженной утечкой воздуха во время фонации;

Логопедический статус:

дисфония; комплексное речевое нарушение афатические (комплексная моторная афазия, акустико-мнестическая афазия; дизартрия)

Функция глотания без клинических признаков нарушения безопасности и эффективности.

Врач - невролог, 13.01.2026 15:40:42

ТОПЧИЙ А. А. Заключение: С учетом имеющихся нарушений ребенка нуждается в обследовании и лечении (медикаментозная коррекция, курс комплексной реабилитации).

1. Баклосан 20мг х 3р/д,

- сертралин 50мг утром

-кветиапин 12,5мг вечером

коррекция терапии после ээг

2.Обследование:

ФД, УЗДГ сосудов, УЗИ ОБП, лабораторная диагностика, КТ головного мозга, рентгенография костей таза

3. Консультации хирурга, офтальмолога, педиатра.

4. Комплексная реабилитация когнитивной и двигательной сфер

Медицинский психолог, 13.01.2026 16:04:18

ДРАКОВА Ю. П. Заключение: Консультация медицинского психолога

Ребенок направлен на психологическую диагностику врачом-реабилитологом с целью оценки особенностей эмоционально-личностной сферы спустя 1 год и почти 7 месяцев после автотравмы.

Обследование ребенка происходило в присутствии родителя.

Контакт: при встрече ребенок заинтересовано смотрит на нового человека, взгляд ясный, целенаправленный. При этом складывается впечатлительное волнообразной включенности в контакте. Вспомнить и назвать имя специалиста самостоятельно не удается.

Речевой контакт грубо ограничен: речевая инициатива снижена, доступны ответы в речевом плане (отдельные слова), которые девочка припоминает с подсказкой, однако чаще старается отвечать кивком головы, нежели словесно. Девочка понимает ситуативную обращенную речь.

Зрительный контакт поддерживает устойчиво.

Поведение: девочка двигателью пассивна, отмечается снижение двигательной инициативы.

Характерен выраженный тонус в руках и ногах девочки, в связи с чем ограничены возможности произвольного и целенаправленного управления своим телом. Несмотря на это ребенок проявляет усилия использовать руки в рамках предложенной деятельности в форме совместно-разделенного действия (например, если вложить ребенку в руку маркер, она совершает попытки написать имя, возраст).

Репертуар возможных, самостоятельных действий грубо ограничен.

При этом обращает на себя внимание активное использование мимических возможностей (девочка довольно быстро изображает лицом различные гримасы, мимика живая и выраженная). Иногда подражает мимике собеседника, не всегда уместно.

Эмоциональная сфера:

Эмоциональный фон на встрече ровный, при этом ситуативно может демонстрировать смех (когда зевает, при падении предмета на пол), или же начинает плакать, если слышит критику. Отмечается проявление теплых чувств (шлет поцелую, пытается поцеловать тетю, когда та поправляет ее в кровати или пересаживает на кресло).

Эмоциональные реакции, чаще всего, адекватны ситуации, однако имеют характер инфантильных

реакций. Диапазон эмоциональных реакций сужен. Регуляция эмоций снижена.

Мотивационно-потребностная сфера:

Мотивация к выполнению заданий снижена. На вопрос, будем ли продолжать, девочка всегда отвечает ответом «Нет» (движением головы), несмотря на то, что занятие только началось. Мотив достижения снижен - не выражает явной заинтересованности в успешном выполнении заданий.

В плане ухода ребенок полностью зависим от ухаживающего взрослого, самостоятельных возможностей в сфере самообслуживания не демонстрирует.

Репертуар доступных интенций ограничен (представлен через выражение желания или нежелания что-либо выполнять). В целом же, ребенок пассивен, инициатива снижена;

Репертуар досуга ограничен (в свободное время смотрит фильмы в телефоне), самостоятельных желаний не выражает.

Заключение:

В психологическом статусе на первый план выходит: снижение речевой инициативы; пассивность, грубое сужение репертуара произвольных действий, незрелость эмоциональной сферы, сужение диапазона эмоциональных реакций, нарушение мотивации, несамостоятельность в сфере самообслуживания.

МКФ:

Глобальные психо-социальные функции b122 - 3

Темперамент и личностные функции b126 - 2

Функции сознания (b110) - 1

Волевые и побудительные функции b130 - 3

Контроль импульсивных побуждений b1304 - 3

Функции эмоций b152 - 2

Адекватность эмоций b1520 - 2

Регуляция эмоций b1521 - 3

Диапазон эмоций b1522 - 2.

Инструктор-методист по лечебной физкультуре, 14.01.2026 09:12:56

САЗОНОВА И. В. Описание

: Визуальная оценка двигательной активности

Оценка общей двигательной активности:

- Лежит в постели, фиксирует взгляд, прослеживает. Предложенные (в соответствии с соматическим статусом) инструкции выполняет кратковременно, нестабильно, отворачивается поворотом головы влево.

Активность в горизонтальных положениях:

- Не может изменить своё положение, самостоятельно выполняет поворот головы влево/вправо, требуется помощь во всём остальном.

Активность в процессе присаживания:

- Не может самостоятельно сесть из положения лежа. Высаживается за счёт подъёма спинки функциональной кровати и кресла-коляски до угла 30-45. Без дополнительных поддержек баланс не удерживает.

Активность головы и шеи:

- В положении на спине самостоятельно голову поворачивает, за предметом прослеживает, быстро переключает внимание.

Активность в процессе вставания:

- Не может самостоятельно стоять. На поворотном столе вертикализировалась до угла 30°.

Ходьба по ровной поверхности:

- Самостоятельно не ходит.

Функции верхних конечностей:

- Ребёнок не может манипулировать предметами любых форм и размеров.

Гониометрическое исследование. По методике SFTR (эталон нормы по А.И. Капанджи):

Отмечается снижение пассивной амплитуды движения в крупных суставах конечностей:

Отмечается снижение пассивной амплитуды движения в крупных суставах конечностей:

Плечевые суставы. Справа: S:20-0-90 F:90-0-30 R: F 90/30-0-50. Слева: S:30-0-90 F:90-0-20 R: F 90/40-0-45

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 52,2%

- во фронтальной плоскости(F) дефицит амплитуды 42,9%

- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 55,6%

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 47,8%

- во фронтальной плоскости(F) дефицит амплитуды 47,6%

- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 52,8%

Локтевые суставы. Справа: S:0-70-140 R:50-0-10. Слева: S:0-0-30 R:60-0-30

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 56,3%
- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 66,7%

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 81,3%
- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 50%;

Лучезапястные суставы. Справа: S:10-0-90 F:10-0-35. Слева: S:20-0-80 F:15-0-40

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 44,4%
- во фронтальной плоскости(F) дефицит амплитуды 25%

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 44,4%
- во фронтальной плоскости(F) дефицит амплитуды 8,3%

Пястно-фаланговые суставы. Справа: S:10-0-90. Слева: S:15-0-90

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 16,7%

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 12,5%;

Тазобедренные суставы. Справа: S:-0-90 F:25-0-15 R: F 90/40-0-20. Слева: S:-0-90 F:12-0-10 R: F 90/22-0-12

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 25%
- во фронтальной плоскости(F) дефицит амплитуды 46,7%
- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 33,3%;

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости (S) дефицит амплитуды 25%
- во фронтальной плоскости (F) дефицит амплитуды 70,7%
- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 62,2%

Коленные суставы. Справа: S:0-0-80. Слева: S:0-0-30

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 42,9%

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 78,6%;

Голеностопные суставы. Справа: S:15-0-50. Слева: S:13-0-50

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 7,1%

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 10%

Стопа. Справа: R:45-0-30. Слева: R:45-0-25

При движении в правой конечности:

- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 6,3%

При движении в левой конечности:

- в ротационном компоненте(R) дефицит амплитуды 12,5%

Большой палец стопы. Справа: S:90-0-30. Слева: S:90-0-32

При движении в правой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 11,1%

При движении в левой конечности:

- в сагиттальной плоскости(S) дефицит амплитуды 9,6%

При исследовании основных мышечных групп паталогический тонус мышц-разгибателей левых конечностей и сгибателей правых конечностей.

Оценка болевого синдрома.

При проведении пассивных манипуляций нарастает болевой синдром. Оценка по шкале NIPS (Neonatal Infant Pain Scale): 5(10max)

Функциональные пробы (Штанге, Генчи)

невозможно провести в виду сниженного состояния сознания у пациента.

Функциональный диагноз

Функции организма

Боль в части тела, другая неуточненная b28019.3

Подвижность нескольких суставов b7101.4

Тонус мышц всех конечностей b7354.4

Контроль простых произвольных движений b7600.4

Активность и участие

Изменение позы при положении лежа d4100.44

Нахождение в положении лежа d4150.44

Нахождение в положении сидя d4153.44

Факторы окружающей среды

Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования e1151,+4

Вспомогательные изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений e1201,+4

МИЛОСЕРДИЕ ДЕТЯМ

МИЛОСЕРДИЕ ДЕТЯМ

МИЛОСЕРДИЕ ДЕТЯМ

Диагноз: Клинический Основной Последствия сочетанная травма от 15.06.2024 (ТЧМТ: Закрытый перелом с/3 правого плеча, закрытый перелом с/3 правого бедра. Закрытый перелом правой подвздошной кости, боковой массы S2, ветвей лобковой кости). Интеллектуально-мнестическая недостаточность. Спастический тетрапарез. Множественные контрактуры крупных суставов. Носитель гастростомы. (T94.0)

(T94.0)

Рекомендации: Задачи:

- Профилактика вторичных нарушений дыхательной системы.
- Профилактика увеличения тугоподвижности в суставах верхних и нижних конечностей.
- Увеличение подвижности в правом и левом плечевых суставах, локтевых и межфаланговых суставах, в левом и правом тазобедренных, коленных и голеностопных суставах.

- Тренировка ортостатической нагрузки.

- Увеличение основных физических качеств.

- Коррекция патологического тонуса мышц конечностей.

- Увеличение моторного контроля в различных исходных положениях.

- Обучение использованию ТСР (заднеопорный поворотный стол, кресло-коляска с боковыми подпорками - с учетом высокого риска травматизации и болевой симптоматики - рентгенография голеностопных суставов третья степень остеопороза; остеофит верхнего края вертлужной впадины слева; гетеротопическая оссификация мягких тканей у малого вертела справа.)

Двигательный режим:

- постельный.

Исходные положения в комплексе лечебной гимнастики:

- ограничена осевая нагрузка на нижние конечности - рентгенография голеностопных суставов третья степень остеопороза; тазобедренные суставы – наличие оссификатов.

Программа лечебной физической культуры:

- Разработка индивидуального режима позиционирования/ортезирования. Обучение ухаживающего.

- Комплекс пассивной суставной гимнастики. Обучение ухаживающего.

- Комплекс статической дыхательной гимнастики.

- Комплекс общеразвивающей лечебной гимнастики.

- Ортостатическая тренировка на поворотном столе.

- Комплекс специальных упражнений, направленный на снижение тонуса мышц всех конечностей.

Элементы кинезиотерапевтических методик:

- Vojta 1,PNF

Форма и дозировка занятий:

- Ежедневное индивидуальное занятие ЛФК, объемом 60 - 70 минут.

МИЛОСЕРДИЕ ДЕТЯМ

МИЛОСЕРДИЕ ДЕТЯМ

МИЛОСЕРДИЕ ДЕТЯМ

Судовой врач. 14.01.2026 12:55:35

УЛЬЯНОВА О. В. Заключение: Пациентка проходит плановое обследование и лечение, повторно. Курс музыкальной терапии назначен впервые. Таисия самостоятельно сидит в кресле, произвольные движения руками и ногами недоступны (спастика). Речь: отвечает на все вопросы, хорошо артикулирует при прослушивании знакомой песни, припоминает все слова песни, но речевой инициативы у девочки не наблюдается. Периодически жалуется на боль в руках и левой ноге, таким образом даже пассивные движения в процессе занятия по музыкальной терапии пока невозможны. Отношение к занятию - эмоционально-положительное (Таисия улыбается, смеется) Цели занятий: работа с голосом и дыханием, расслабление и уменьшение боли от напряжения, коммуникация и стимуляция произвольной активности.

Врач - физиотерапевт. 16.01.2026 13:39:05

ИВАНОВА Д. А. Заключение: С целью нейропротекторного действия, улучшения мозговой гемодинамики; антиспастического действия; стимуляции зрительной афферентации назначено:

1) курс электрофореза раствора сульфата магния и эуфиллина вдоль позвоночника №10;

2) курс магнитотерапии имп. бегущим МП (Диамар) №10;

3) курс цветоимпульсной терапии (Меллон) №10.

Врач-рефлексотерапевт. 16.01.2026 15:26:28

МИХНЕВИЧ Е. Ф. Заключение: Пациент взят на курс рефлексотерапии №10.

Судовой врач. 17.01.2026 13:23:24

АРКАТОВА Е. А. Заключение: Комплексная моторная афазия средней степени
Спастико- паретическая дизартрия дефект средние - тяжелой степени выраженности.
Дисфония.

Медицинский психолог. 26.01.2026 19:05:08

ДРАКОВА Ю. П. Заключение: Консультация медицинского психолога

Ребенок направлен на психологическую диагностику врачом-реабилитологом с целью оценки особенностей эмоционально-личностной сферы спустя 1 год и почти 7 месяцев после автотравмы. Обследование ребенка происходило в присутствии родителя.

Контакт: при встрече ребенок заинтересованно смотрит на нового человека, взгляд ясный, целенаправленный. При этом складывается впечатлительное волнообразное включение в контакт. Вспомнить и назвать имя специалиста самостоятельно не удается.

Речевой контакт грубо ограничен: речевая инициатива снижена, доступны ответы в речевом плане (отдельные слова), которые девочка припоминает с подсказкой, однако чаще старается отвечать кивком головы, нежели словесно. Девочка понимает ситуативную обращенную речь.

Зрительный контакт поддерживает устойчиво.

Поведение: девочка двигательнo пассивна, отмечается снижение двигательной инициативы. Характерен выраженный тонус в руках и ногах девочки, в связи с чем ограничены возможности произвольного и целенаправленного управления своим телом. Несмотря на это ребенок проявляет усилия использовать руки в рамках предложенной деятельности в форме совместно-разделенного действия (например, если вложить ребенку в руку маркер, она совершает попытки написать имя, возраст).

Репертуар возможных, самостоятельных действий грубо ограничен.

При этом обращает на себя внимание активное использование мимических возможностей (девочка довольно быстро изображает лицом различные гримасы, мимика живая и выраженная). Иногда подражает мимике собеседника, не всегда уместно.

Эмоциональная сфера.

Эмоциональный фон на встрече ровный, при этом ситуативно может демонстрировать смех (когда зевает, при падении предмета на пол), или же начинает плакать, если слышит критику. Отмечается проявление теплых чувств (шлет поцелую, пытается поцеловать тетю, когда та поправляет ее в кровати или пересаживает на кресло).

Эмоциональные реакции, чаще всего, адекватны ситуации, однако имеют характер инфантильных реакций. Диапазон эмоциональных реакций сужен. Регуляция эмоций снижена.

Мотивационно-потребностная сфера:

Мотивация к выполнению заданий снижена. На вопрос, будем ли продолжать, девочка всегда отвечает ответом «Нет» (движением головы), несмотря на то, что занятие только началось. Мотив достижения снижен - не выражает явной заинтересованности в успешном выполнении заданий.

В плане ухода ребенок полностью зависим от ухаживающего взрослого, самостоятельных возможностей в сфере самообслуживания не демонстрирует.

Репертуар доступных интенций ограничен (представлен через выражение жалания или нежелания что-либо выполнять). В целом же, ребенок пассивен, инициатива снижена.

Репертуар досуга ограничен (в свободное время смотрит фильмы в телефоне), самостоятельных желаний не выражает.

Заключение:

В психологическом статусе на первый план выходит: снижение речевой инициативы, пассивность, грубое сужение репертуара произвольных действий, незрелость эмоциональной сферы, сужение диапазона эмоциональных реакций, нарушение мотивации, несамостоятельность в сфере самообслуживания.

МКФ:

Глобальные психо-социальные функции b122 - 3

Темперамент и личностные функции b126 - 2

Функции сознания (b110) - 1

Волевые и побудительные функции b130 - 3

Контроль импульсивных побуждений b1304 - 3

Функции эмоций b152 - 2

Адекватность эмоций b1520 - 2

Регуляция эмоций b1521 - 3

Диапазон эмоций b1522 - 2.

Инструктор-методист по лечебной физкультуре. 28.01.2026 14:00:21

САЗОНОВА И. В. Описание

: В процессе реабилитационных мероприятий решены следующие поставленные задачи и наблюдается смешанная динамика: увеличение объема пассивных/активных движений в дистальных отделах конечностей, коррекция мышечного тонуса, создание условий для формирования естественных движений, улучшение моторного контроля корпуса и головы.

- скорректирован индивидуальный режим позиционирования и ортезирования. Ухаживающий обучен:

- комплекс пассивной гимнастики подобран с целью снижения прогрессирования тугоподвижности в суставах.

- незначительно увеличился пассивный объем движения в дистальных отделах суставов н/к и в/к. Проводилась разработка тазобедренных, коленных, голеностопных суставов, локтевых суставов, суставов кистей. Необходимо отметить наличие ограничивающих факторов: множественных

контрактур суставов верхних и нижних конечностей, болевого синдром (сопровождающегося нарастанием спастичности) и выраженным остеопорозом (3 степень голеностопные суставы, стопы) и крупные суставы верхних и нижних конечностей (вторая степень).

- Пациент вертикализирован на заднеопорном поворотном столе, с использованием жестких ортезов для голеностопных суставов с подкладкой вкладышей под пятки (для коррекции контрактур), до угла подъема 30-35°, вертикальную нагрузку переносит адекватно.

- проводилось позиционирование в полу сидячее положение с последующей адаптацией к креслу-коляске с откидной спинкой.

- Пациент высажен в функциональное кресло-коляску с опускающейся спинкой. Может находится продолжительное время - 30 и более минут

Оценка общей двигательной активности:

- Лежит в постели, не проявляет произвольной активности.

Активность в горизонтальных положениях:

- Не может изменить своё положение, самостоятельно осуществляет поворот головы, преимущественно влево. Требуется помощь во всем остальном.

Активность в процессе присаживания:

- Не может самостоятельно сесть из положения лёжа. Высаживается за счёт подъема спинки функциональной кровати до угла 45-60. Без дополнительных поддержек баланс удерживает не продолжительное время.

Активность в процессе присаживания:

- высажен в функциональное кресло-коляску

Активность в процессе вставания:

- Не может самостоятельно стоять. На поворотном столе вертикализировалась до угла 30-35 градусов.

Ходьба по ровной поверхности:

- Самостоятельно не ходит.

Оценка болевого синдрома.

- Повторная оценка болевого синдрома по шкале VAS (Visual Analog scale): 3(10max). В динамике уменьшился на 1.

Функциональные пробы (Штанге, Генчи) не проводились в связи с соматическим статусом и состоянием сознания у пациента.

Оценка локомоторного акта ходьбы.

- Индекс ходьбы Хаузера (Hauser Ambulation Index): 9(9max; 0 норма). Без динамики.

Гониометрическое исследование (в динамике от 24.04.2025. По методике SFTR (эталон нормы по А.И. Капанджи): без значимой динамики

МКФ

Подвижность ОДА

- Подвижность нескольких суставов (голеностопные, суставы стоп, лучезапястные, суставы кистей верхних и нижних конечностей) b7101.4

- Общая подвижность суставов b7102.3

Болевой синдром

- Генерализованная боль b2800.2

Боль в верхней конечности b28014.3

Боль в нижней конечности b28015.3

Моторный контроль и позиционирование

Контроль простых произвольных движений b7600.3

Контроль сложных произвольных движений b7601.3

Координация произвольных движений b7602.3

Опорные функции руки или ноги b7603.4

- Передвижение с использованием технических средств (кресло-коляска) d465.04

Диагноз: Приемного отделения Основной Т08.8 Сочетанная травма от 15.06.2024 ЗЧМТ, Ушиб вещества головного мозга тяжелой степени. САК. ДАП. Эпилептический синдром. Синдром церебральной депрессии. Синдром двигательных расстройств с формированием спастического тетрапареза.

Закрытая травма органов грудной клетки: Двусторонний ушиб легких. Вторичная двусторонняя полисегментарная пневмония. Левосторонний гидроторакс в стадии разрешения. Двусторонний слизисто-гнойный эндобронхит. ДН 2 ст. Закрытая травма органов брюшной полости. Лапароцентез от 15.06.2024г. Закрытый перелом с/3 правого плеча, закрытый перелом с/3 правого бедра. Закрытый перелом правой подвздошной кости, боковой массы S2, ветвей лобковой кости. (СКТ 19.06.2024г.) Закрытая репозиция перелома правой плечевой кости с фиксацией ТЕНами, закрытая репозиция

перелома правой бедренной кости с фиксацией ТЭНами. Фиксация таза аппаратом АВФ от 22.06.2024. ССН 1. Тупая травма поясничной области. Ушиб, гематома правой почки без нарушения капсулы, без признаков экстравазации в стадии разрешения. Трахеотомия от 21.06.2024г. Закрытая репозиция перелома правой плечевой кости с фиксацией ТЭНами, закрытая репозиция перелома правой бедренной кости с фиксацией ТЭНами. Фиксация таза аппаратом АВФ от 22.06.2024 (Т90.5) (Т06.8)

Рекомендации: Для преодоления имеющихся нарушений, девушке рекомендуются ежедневные занятия ЛФК в специализированных лечебных учреждениях /самостоятельно

-Продолжить выполнение рекомендаций по позиционированию и ортезированию;

- Выполнение комплекса пассивной суставной гимнастики.

- высаживание в кресло-коляску с углом наклона спинки 70-80°. Дозированное снятие подголовника и тренировка самостоятельного удержания головы (внешняя страховка). Кресло-коляска должно иметь регулируемый: угол наклона спинки, подставок для ног и подлокотников; по высоте и ширине поддержки для корпуса; подголовник, с возможностью индивидуальной настройки

-закрепление навыка удержания корпуса и головы в исходном положении «сидя на кушетке/кресле с опущенными ногами с опорой стоп и предплечий».

-пассивная вертикализация на заднеопорном поворотном столе до угла 30°(измерение АД, ЧСС, ЧД) с использованием безнагрузочных тугоров на голеностопные суставы с подкладкой вкладышей под пятки (для коррекции контрактур)

- использование ортезов для голеностопных суставов, локтевого, лучезапястного сустава и кисти с отведением большого пальца, ортезирование проводить 3-4 р/день max 2 часа, попеременно

-ОРУ в соответствии с соматическим статусом и возрастом пациента ;

Основной

МКФ. Диагноз по МКФ:

b2800.2 (Генерализованная боль)

b28014.3 (Боль в верхней конечности)

b28015.3 (Боль в нижней конечности)

b7101.4 (Подвижность нескольких суставов)

b7102.3 (Общая подвижность суставов)

b7600.3 (Контроль простых произвольных движений)

b7601.3 (Контроль сложных произвольных движений)

b7602.3 (Координация произвольных движений)

b7603.4 (Опорные функции руки или ноги)

d485.0.4 (Передвижение с использованием технических средств)

Консультация врача ФРМФИО: Сазонова Ирина Вячеславовна. Дата заполнения: 28.01.2026 15:50.

Консультация инструктора-методиста ФИО: Сазонова Ирина Вячеславовна. Дата заполнения: 28.01.2026 00:00. Описание:

Описание

В процессе реабилитационных мероприятий решены следующие поставленные задачи и наблюдается смешенная динамика: увеличение объема пассивных/активных движений в дистальных отделах конечностей, коррекция мышечного тонуса, создание условий для формирования естественных движений, улучшение моторного контроля корпуса и головы.

- скорректирован индивидуальный режим позиционирования и ортезирования. Ухаживающий обучен
- комплекс пассивной гимнастики подобран с целью снижения прогрессирования тугоподвижности в суставах.

- незначительно увеличился пассивный объем движения в дистальных отделах суставов н/к и в/к.

Проводилась разработка тазобедренных, коленных, голеностопных суставов, локтевых суставов, суставов кистей. Необходимо отметить наличие ограничивающих факторов: множественных контрактур суставов верхних и нижних конечностей, болевого синдром (сопровождающегося нарастанием спастичности) и выраженным остеопорозом (3 степень голеностопные суставы, стопы) и крупные суставы верхних и нижних конечностей (вторая степень).

- Пациент вертикализирован на заднеопорном поворотном столе, с использованием жестких ортезов для голеностопных суставов с подкладкой вкладышей под пятки (для коррекции контрактур), до угла подъема 30-35°, вертикальную нагрузку переносит адекватно.

- проводилось позиционирование в полу сидячее положение с последующей адаптацией к креслу-коляске с откидной спинкой.

- Пациент высажен в функциональное кресло-коляску с опускающейся спинкой. Может находиться продолжительное время - 30 и более минут

Оценка общей двигательной активности:

- Лежит в постели, не проявляет произвольной активности.

Активность в горизонтальных положениях:

- Не может изменить своё положение, самостоятельно осуществляет поворот головы, преимущественно влево. Требуется помощь во всём остальном.

Активность в процессе присаживания:

- Не может самостоятельно сесть из положения лежа. Высаживается за счёт подъёма спинки функциональной кровати до угла 45-60°. Без дополнительных поддержек баланс удерживает не продолжительное время.

Активность в процессе присаживания:

- высажена в функциональное кресло-коляску

Активность в процессе вставания:

- Не может самостоятельно стоять. На поворотном столе вертикализировалась до угла 30-35 градусов.

Ходьба по ровной поверхности:

- Самостоятельно не ходит.

Оценка болевого синдрома.

- Повторная оценка болевого синдрома по шкале VAS (Visual Analog scale): 3(10max). В динамике уменьшился на 1.

Функциональные пробы (Штанге, Генчи) не проводились в связи с соматическим статусом и состоянием сознания у пациента.

Оценка локомоторного акта ходьбы.

- Индекс ходьбы Хаузера (Hauser Ambulation Index): 9(9max, 0 норма). Без динамики.

Гониометрическое исследование (в динамике от 24.04.2025. По методике SFTR (эталон нормы по А.И. Капанджи): без значимой динамики.

Рекомендации: Для преодоления имеющихся нарушений, девушке рекомендуются ежедневные занятия лфк в специализированных лечебных учреждениях /самостоятельно

-Продолжить выполнение рекомендаций по позиционированию и ортезированию;

- Выполнение комплекса пассивной суставной гимнастики.

- высаживание в кресло-коляску с углом наклона спинки 70-80°. Дозированное снятие подголовника и тренировка самостоятельного удержания головы (внешняя страховка). Кресло-коляска должно иметь регулируемый: угол наклона спинки, подставок для ног и подлокотников; по высоте и ширине поддержки для корпуса; подголовник, с возможностью индивидуальной настройки -закрепление навыка удержания корпуса и головы в исходном положении «сидя на кушетке/кресле с опущенными ногами с опорой стоп и предплечий».

-пассивная вертикализация на заднеопорном поворотном столе до угла 30°(измерение АД, ЧСС, ЧД) с использованием безнагрузочных тьюторов на голеностопные суставы с подкладкой вкладышей под пятки (для коррекции контрактур) .

- использование ортезов для голеностопных суставов, локтевого, лучезапястного сустава и кисти с отсоединением большого пальца, ортезирование проводить 3-4 р/день max 2 часа, попеременно

-ОРУ в соответствии с соматическим статусом и возрастом пациента ;

Врач-рефлексотерапевт. 28.01.2026 14:30:18

МИХНЕВИЧ Е. Ф. Заключение: Пациентка завершила курс рефлексотерапии , перенесла хорошо, осложнений не зарегистрировано.

Медицинский психолог. 28.01.2026 15:14:46

КАРМЕН О. Р. Заключение: При нейропсихологической диагностике от 14.01.2026 через 1 год и 7 месяцев после ТЧМТ (от 15.06.2024 в возрасте 18 лет):

Поведение Таисии соответствует социальным нормам, на протяжении всего обследования поддерживает зрительный контакт, приветлива и доброжелательна. Мотив экспертизы сформирован и устойчив на протяжении всего исследования. Ориентировка во времени, месте и собственной личности сохранна, так же, как и критичность. Эмоциональный фон ровный, эмоциональные реакции в целом адекватны ситуации обследования.

При нейропсихологической диагностике:

1. ПЛО отдельно не исследовался в связи со спастическим тетрапарезом. Семейное леаство со слов родственницы пациентки отрицается, с рождения праворукая.

2. В нейродинамических параметрах психической деятельности выявляются первичные трудности: например, результаты выполнения одной «Таблицы Шульце» более 4 минут, что говорит о снижении показателей внимания. Внимание на протяжении всего обследования лабильно. Данные результаты, а также наблюдение во время обследования могут говорить о снижении умственной работоспособности, истощении и утомлении, снижении темпа деятельности. Во время обследования часто засыпает и зевает, что скорее всего обусловлено общим соматическим состоянием.

3. В управляющих функциях: исследование функций серийной организации, программирования и контроля деятельности выявляет трудности в данных процессов. При исследовании серийной организации движений и действий выявляются трудности. Оценка динамического праксиса, реципрокной координации и графомоторной пробы невозможна ввиду спастического тетрапареза. Серийная организация речи протекает также с нарушением кинетической мелодии: речь

представлена звуками, словами, простыми фразами и предложениями.

4. Программирование и контроль произвольных действий протекает с первичными нарушениями. В пробе на реакцию выбора обе программы усваиваются с 1-го раза, отмечается безошибочное выполнение. В задании на серийный устный счет «от 100 по 7» при переводе в зрительную модальность также нарушен, скорее всего из-за преморбидных трудностей.

МИ. В высших психических функциях:

1. В сфере мышления первичные трудности отмечаются при определении лишнего предмета, так выделение лишнего предмета происходит не верно в 2 раза из 6 при выполнении пробы «четвертый лишний».

2. Обработка кинестетической информации протекает с первичными ошибками. Исследование повторения поз пальцев невозможно в связи со спастическим тетрапарезом. При исследовании орального праксиса наблюдаются кинестетические ошибки.

3. Обработка слухоречевой информации протекает с первичными трудностями. Не верно показывает картинки по называнию низкочастотных слов. При повторении близких по звучанию слов доступно удержание 2 слов, при увеличении стимульного ряда (3 слова) наблюдаются близкие звуковые замены, пропуски и нарушения порядка следований слов.

4. В переработке зрительной информации первичные ошибки не отмечаются. Распознавание реалистических изображений доступно почти в полной мере (13 из 16 картинок). Опознает 3 из 6 перечеркнутых изображения. В пробах на зрительный гнозис по называнию опознает 8 из 8 наложенных изображений.

5. Переработка зрительно-пространственной информации протекает без первичных особенностей. При исследовании зрительной памяти с помощью задания (2 группы с 3 картинками) отмечается нормальный объем (8 из 8) объем отсроченного воспроизведения в норме (6).

МИ. Копирование изображения дома и куба при самостоятельном рисовании и при копировании невозможно в связи со спастическим тетрапарезом.

6. Переработка квазипространственной информации осуществляется с первичными ошибками, отмечаются трудности понимания разных типов логико-грамматических конструкций.

Таким образом, в нейропсихологическом статусе на первый план выступают:

- эфферентная моторная афазия тяжелой степени тяжести
- эфферентная моторная афазия тяжелой степени тяжести
- нарушение нейродинамического параметра психической деятельности среднетяжелой степени тяжести

На второй план выступают:

- модально-неспецифическое нарушение памяти средней степени тяжести
- слухоречевая агнозия средней степени тяжести

На третий план выступает:

- нарушение произвольной регуляции деятельности легкой степени тяжести

Медицинский психолог. 28.01.2026 17:34:46

МИ. КАРМЕН О.Р. Заключение: Анамнестические данные:

-девочка обучалась, на момент травмы окончила 9 классов, после полученной травмы дальнейшее обучение не планируется в связи с соматическим состоянием;

-со слов тети в преморбидном состоянии развитие, в частности моторное и речевое происходило без особенностей;

-детский садик посещала с 4-5,5 лет в школу пошла в возрасте 6 лет. В процессе обучения отмечались трудности с освоением таких дисциплин, как математике, алгебра, геометрия, русский язык и литература, в частности самым трудным со слов тети было заучивания стихов и освоение таблицы умножения.

Жалобы (со слов тети): после полученной травмы отмечаются трудности запоминания (кратковременная память), удержания внимания, повышения отвлекаемости, а также речевые трудности.

МИ. При нейропсихологической диагностике от 28.01.2026 (ограничения - первичные двигательные ограничения в обеих руках):

Девочка легко вступает в контакт, контакт устойчив на протяжении всего обследования. Эмоциональный фон ровный, эмоциональные реакции адекватны ситуации обследования. Снижение ориентировки в месте, времени и собственной личности сохраняется. В поведении сохраняется отвлекаемость и импульсивность.

С девочкой было проведено 7 нейропсихологических занятий, отмечается положительная динамика легкой степени;

- в сфере памяти: используя компенсаторные методы запоминания (например, опора на изображение, ассоциации) отмечается увеличение объема запоминания (в слухоречевой модальности, так как диагностика памяти в зрительной модальности ограничена сниженной мобильностью конечностей)

- в сфере речи: отмечается легкая положительная динамика в процессе обработки слухоречевой и кинестетической информации, а также серийной организации речи. Данная положительная динамика проявляется в виде правильного понимания фраз и предложений как простых, так и сложных, а также отмечается создание более сложных предложений, грамматически и лексически верных. Кроме того, в речи уменьшилось количество ошибок по кинестетическому типу.

- в управляющих функциях: отмечается уменьшение ответов по типу импульсивности; самокоррекция при возникновении ошибок; наблюдается сохранение отвлекаемости и истощаемости, однако проявляются они в меньшей степени.

- в нейродинамическом параметре деятельности: наблюдается положительная динамика легкой степени, работоспособность увеличивается, темп деятельности остается по-прежнему замедленным.

Врач - невролог, 29.01.2026 12:21:49

ТОПЧИЙ А. А. Заключение: Ребенок поступил в отделение для обследования и лечения. Учитывая имеющиеся нарушения (скелетно-мышечные, внутричерепные последствия ЧМТ, речевые, когнитивные, соматические) ребенку составлена программа обследования. По КТ головного мозга - асимметричная вентрикуломегалия (в рамках заместительной гидроцефалии). По ЭЭГ - Эпилептиформной активности за время настоящего исследования ЭЭГ не выявлено. С учетом болевого синдрома с ограничением движений в ТБС – выполнена рентгенография костей таза – выявлена асимметрия тазового кольца, консолидированные переломы лонных костей с обеих сторон, седалищной и подвздошной кости справа, остеофит верхнего края вертлужной впадины слева, гетеротопическая оссификация мягких тканей у малого вертела справа размером 13 x 12 мм. По ЭНМГ - Полиневральных изменений нервов верхних и нижних конечностей не выявлено. Выполнена диагностическая ТМС- Признаки супрасегментарных нарушений, с обеих полушарий кортикальный ВМО стабильно воспроизводится при пороге стимула 70%, в норме ВЦМП, сегментарный и периферический ответ в норме. По ЗВП- по данным ЗВП признаки легкого нарушения зрительной афферентации с 2-х сторон, более выраженные изменения слева, на уровне зрительного нерва и зрительной коры, справа ЗВП ответ с положительной динамикой в сравнении с 04.25 г. Учитывая перелом плечевой кости в межгоспитальный период – выявлен консолидированный перелом c/3 правой плечевой кости в условиях МОС.

С учетом имеющихся нарушений и результатов обследования ребенку составлена программа реабилитации в объеме ЛФК, ФЗТ, массажа, рТМС по моторному протоколу, иглорефлексотерапии, занятий с нейропсихологом, логопедом, психологом. Скорректирована медикаментозная терапия (увеличена доза миорелаксантов, добавлена нейротрофическая терапия). Учитывая выраженную спастичность в конечностях с антиспастической целью проведена ботулинотерапия препаратом ботулотоксина типа А (диспорт) суммарной дозой 1000ЕД под УЗ-контролем в мышцы верхних и нижних конечностей.

Учитывая дефект мягких тканей с поддуванием воздуха после деканюляции 04.25 и отделяемым – ребенок консультирован хирургом, рекомендовано хирургическое лечение- закрытие свища трахеи, так же удаление гастростомы в условиях плановой госпитализации на базе отделения гнойной хирургии.

На фоне проводимого лечения отмечена положительная динамика в двигательной сфере – уменьшилась спастичность, что позволило увеличить амплитуду движений в суставах, девочка высажена в кресло-коляску, увеличилась амплитуда и объем самостоятельных движений в кистях, коленных суставах. Улучшилась артикуляция, увеличилась работоспособность.

Медикаментозное лечение

Баклофен 20 мг. Внутрь, 3 раза в сутки утром, днем, вечером, постоянно,

Прервано 20.01.2026 с 00:00, ТОПЧИЙ АЛЕКСАНДРА АНДРЕЕВНА, причина: Коррекция дозы. Дата начала: 13.01.2026, Дата окончания: 19.01.2026

Кветиапин 12.5 мг. Внутрь, 1 раз в сутки вечером, постоянно

Сертралин 50 мг. Внутрь, 1 раз в сутки утром, постоянно

Полипептиды коры головного мозга скота 10 мг. Внутримышечно, 1 раз в сутки утром, 15 дней, Дата начала: 16.01.2026, Дата окончания: 30.01.2026

Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс 1000 ЕД. Внутримышечно, однократно, 10:18 ч., 1 день, Дата начала: 20.01.2026(1 день);

Баклофен 25 мг. Внутрь, 3 раза в сутки утром, днем, вечером, постоянно

Тизанидин 2 мг. Внутрь, 1 раз в сутки вечером, 1 день, Дата начала: 27.01.2026(1 день);

Тизанидин 2 мг. Внутрь, 2 раза в сутки утром, вечером, 2 дня, Дата начала: 28.01.2026, Дата окончания: 29.01.2026

Состояние при выписке

Объективный статус.

Общие сведения

Общее состояние: средней тяжести. Сознание: интеллектуально мнестическая недостаточность. Питание: удовлетворительное. Дополнительные сведения: питание через рот, гастростома не используется.

Состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов

Цвет кожных покровов: обычной окраски. Влажность кожи: нормальная. Тургор: сохранен.

Состояние органов дыхания

Тип дыхания: самостоятельное. ЧДД: 17 /мин; Ритм дыхания: регулярный. Дыхание: нормальное.

Дыхание самостоятельное: естественным путем. Описание дыхания: Участие грудной клетки в дыхании: равномерное. Характер дыхания: везикулярное (нормальное). Хрипы: нет. Дополнительные сведения: дефект мягких тканей после деканюляции.

Состояние сердечно-сосудистой системы

ЧСС: 80 /мин;

Состояние органов желудочно-кишечного тракта

Цвет языка: розового цвета. Налет на языке: отсутствует. Размер живота: не увеличен. Форма живота: округлая. Вздутие: нет. Живот при пальпации: мягкий. Болезненность живота при пальпации: нет. Стул: без патологических изменений. Дополнительные сведения: место стояния гастростомы без признаков воспаления.

Состояние мочеполовой системы

Мочеиспускания: не нарушено. Характер мочеиспускания: безболезненное. Моча: без изменений.

Девочка лежит на спине, фиксирует взгляд, прослеживает. Выполняет все предложенные инструкции. Речь представлена простой фразой, с элементами дисфонии. Ребенок на самостоятельном дыхании, сохраняется дефект мягких тканей после деканюляции. Питание через рот общим столом (гастростома не используется).

По ЧМН- движения глаз в полном объеме, зрачки 5 и 4мм, фотореакция сохранена. Точки выхода ветвей тройничного нерва при пальпации безболезненны. Лицо симметрично, мимика живая. Глотание не нарушено, дисфония, дизартрия. Голова с поворотом вправо за счет гипертонуса.

В двигательной сфере- выраженный спастический тетрапарез с формированием патологических установок в конечностях - справа плечо приведено к груди, сгибательная установка, локтевом, лучезапястном суставах, слева разгибательная установка в локтевом суставе, пальцы сжаты в кулаки. Нижние конечности в положении разгибания, эквинусная деформация обеих стоп. Активные и пассивные движения резко ограничены. С болевым синдромом. Мышечный тонус повышен по спастическому типу до 5 баллов по шкале Ашфорт, с.р. высокие с расширением рефлексогенных зон, пат. с-м Бабинского с 2х сторон. мочеиспускание и дефекация в памперс, произвольный контроль отсутствует.

Девочка высажена в кресло-коляску, голову и корпус удерживает, увеличилась амплитуда движений в суставах.

Исход и результат госпитализации

Исход госпитализации: улучшение

Результат госпитализации: выписан из стационара

Заключение

Ребенок поступил в отделение для обследования и лечения. Учитывая имеющиеся нарушения (скелетно-мышечные, внутричерепные последствия ЧМТ, речевые, когнитивные, соматические) ребенку составлена программа обследования. По КТ головного мозга- асимметричная вентрикуломегалия (в рамках заместительной гидроцефалии). По ЭЭГ - Эпилептиформной активности за время настоящего исследования ЭЭГ не выявлено. С учетом болевого синдрома с ограничением движений в ТБС – выполнена рентгенография костей таза –выявлена асимметрия тазового кольца, консолидированные переломы лонных костей с обеих сторон, седалищной и подвздошной кости справа, остеофит верхнего края вертлужной впадины слева, гетеротопическая оссификация мягких тканей у малого вертела справа размером 13 x 12 мм. По ЭНМГ- Полиневральных изменений нервов верхних и нижних конечностей не выявлено. Выполнена

диагностическая ТМС- Признаки супрасегментарных нарушений, с обеих полушарий кортикальный ВМО стабильно воспроизводится при пороге стимула 70%, в норме ВЦМП, сегментарный и периферический ответ в норме. По ЗВП- по данным ЗВП признаки легкого нарушения зрительной афферентации с 2-х сторон, более выраженные изменения слева, на уровне зрительного нерва и зрительной коры, справа ЗВП ответ с положительной динамикой в сравнении с 04.25 г. Учитывая перелом плечевой кости в межгоспитальный период – выявлен консолидированный перелом с/з правой плечевой кости в условиях МОС.

С учетом имеющихся нарушений и результатов обследования ребенку составлена программа реабилитации в объеме ЛФК, ФЗТ, массажа, рТМС по моторному протоколу, иглорефлексотерапии, занятий с нейропсихологом, логопедом, психологом. Скорректирована медикаментозная терапия (увеличена доза миорелаксантов, добавлена нейротрофическая терапия). Учитывая выраженную спастичность в конечностях с антиспастической целью проведена ботулинотерапия препаратом ботулотоксина типа А (диспорт) суммарной дозой 1000ЕД под УЗ-контролем в мышцы верхних и нижних конечностей.

Учитывая дефект мягких тканей с поддуванием воздуха после деканюляции 04.25 и отделяемым – ребенок консультирован хирургом, рекомендовано хирургическое лечение- закрытие свища трахеи, так же удаление гастростомы в условиях плановой госпитализации на базе отделения гнойной хирургии.

На фоне проводимого лечения отмечена положительная динамика в двигательной сфере – уменьшилась спастичность, что позволило увеличить амплитуду движений в суставах, девочка высажена в кресло-коляску, увеличилась амплитуда и объем самостоятельных движений в кистях, коленных суставах. Улучшилась артикуляция, увеличилась работоспособность.

Рекомендации

Рекомендации:

1. Наблюдение невролога, ортопеда, педиатра, хирурга, офтальмолога по м/ж
2. Ребенок нуждается в комплексной двигательной и когнитивной реабилитации 2 и 3 этапов
3. Продолжить выполнение рекомендаций по ЛФК:
 - Выполнение комплекса пассивной суставной гимнастики.
 - высаживание в кресло-коляску с углом наклона спинки 70-80°. Дозированное снимание подголовника и тренировка самостоятельного удержания головы (внешняя страховка). Кресло-коляска должно иметь регулируемый: угол наклона спинки, подставок для ног и подлокотников; по высоте и ширине поддержки для корпуса; подголовник, с возможностью индивидуальной настройки
 - закрепление навыка удержания корпуса и головы в исходном положении «сидя на кушетке/кресле с опущенными ногами с опорой стоп и предплечий».
 - пассивная вертикализация на заднеопорном поворотном столе до угла 30° (измерение АД, ЧСС, ЧД) с использованием безнагрузочных тьюторов на голеностопные суставы с подкладкой акладышей под пятки (для коррекции контрактур) .
 - использование ортеза для голеностопных суставов, локтевого, лучезапястного сустава и кисти с отведением большого пальца, ортезирование проводить 3-4 р/день max 2 часа, попеременно
 - ОРУ в соответствии с соматическим статусом и возрастом пациента ;
4. Пройти ЦПМПК для определения варианта АООП (6.2?), определения спектра специальных условий обучения ребенка на дому.
5. Рекомендации нейропсихолога:
 - Рекомендована нейропсихологическая реабилитация в виде индивидуальных занятий со специалистом в очном или онлайн формате, в количестве 40 занятий, минимальная продолжительность занятий 30 минут, 2-3 раза в неделю.
 - рекомендованы первичная психофизиологическая диагностика с использованием БОС-технологий, а также БОС-тренинги, направленные на увеличение темпа деятельности и работоспособности.
6. Медикаментозно:
 - Баклосан 25мг по 1 таб х3р/д – длительно
 - Тизанидин 2мг – по 1 таб х2р/д (утро, вечер) длительно
 - Сертралин 50мг по 1 таб утром длительно
 - Кветиапин 25мг – по 1/2 таб вечером длительно
 - *терапия под контролем невролога по м/ж
7. Госпитализация в отделение гнойной хирургии 29.01.26 по направлению 057-У для закрытия свища трахеи.

Данные о трудоспособности В листке нетрудоспособности не нуждается.

Сведения о лечащем враче и заведующем отделением

ФИО врача: Топчий Александра Андреевна / Врач - невролог

ФИО Заведующего отделением: Телешов Николай Викторович / Заведующий хирургическим отделением - врач - детский хирург



По уходу за ребенком круглосуточно в стационаре находил(ся)ась, Кучеренко Наталья Валериевна



Врач-невролог /  / ТОПЧИЙ АЛЕКСАНДРА АНДРЕЕВНА

Дополнительно просим обратить внимание, что назначение лекарственной терапии осуществляется лечащим врачом городской поликлиники по месту жительства в соответствии с действующими московскими стандартами льготного лекарственного обеспечения.



Уважаемые пациенты и их родители!

Просим вас пройти небольшой внимательный опрос по независимой оценке качества медицинских услуг на сайте Минздрава России

Опрос займет всего 2,5 минуты и поможет нам стать лучше :)



