

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

г. Москвы

"НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ
ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ"

119180, Москва, ул. Б. Полянка, 20

Тел. Зав. отд. 633-58-12



Т90.5 - 166230 (9) КЭК:

ОТДЕЛЕНИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 11278-2018 (ОМС)

Больной **ЕФРЕМОВА АЛИСА ВИКТОРОВНА**

Возраст: 2 г. 6 мес.

Дата поступления: **17.09.2018** Дата выписки: **20.09.2018**

Поступил через после травмы

Механизм травмы:

Канал госпитализации: Самотек

Диагноз

Последствия тяжелой ЧМТ. Состояние после краниопластики от 08.05.18, состояние после вентрикулоперитонеального шунтирования от 30.05.18

Анамнез: 19.10.2017 ребенок пострадал в ДТП, госпитализирован во Владимирскую ОДКБ с тяжелой ЧМТ (Ушиб головного мозга тяжелой степени, переломы костей свода черепа по сагитальному и коронарному швам с их расхождением, переломы теменной и затылочной костей. На МРТ от 30.04.2018 картина посттравматических изменений в левой и правой гемисферах головного мозга, внутренняя окклюзионная гидроцефалия. Находилась на стационарном лечении в НИИ НДХиТ, 08.05.18 выполнена краниопластика, 30.05.18 выполнено вентрикулоперитонеальное шунтирование Codman Certas. Настоящая госпитализация для дообследования.

Клиническая картина поступления: Состояние ребенка тяжелое с небольшой положительной динамикой. Сознание akinetический мутизм. Положение вынужденное, голова наклонена влево, глазные яблоки повернуты влево, взгляд фиксирует кратковременно, за предметом пытается проследить, отмечается тоническое напряжение мышц верхних и нижних конечностей. Глазные щели D=S, нистагм крупноразмашистый, горизонтальный, язык в полости рта, прислушивается, но команды не выполняет. Мышечный тонус мышц в верхних конечностях повышен, неравномерен, слева больше в разгибателях, справа в сгибателях, гипертонус дистальных отделов рук, большие пальцы приведены к ладони, расправляются. В нижних конечностях преобладает гипертонус разгибателей, гипертонус дистальных отделов. Сухожильные рефлексы с рук оживлены S>D, в ногах высокие D=S высокие, ахиллов высокий до клонусов. Речь отсутствует. Ест из ложки per os протертую пищу, воду пьет, периодически поперхивается. Шкала оценки тяжести нарушений (DRS) - 22,5 балла. Состояние мягких тканей в области краниопластики удовлетворительное.

ВЫПОЛНЕНО

Офтальмолог: 18.09.2018. Парез зрения OS. АЗН OU.

КТ-гол/мозга: 18.09.2018. Последствия ТЧМТ. Состояние после краниопластики, закрытия дефекта свода черепа искусственным материалом. Состояние после установки системы ВППШ. Внутренняя гидроцефалия, асимметричная вентрикуломегалия - без существенной динамики при сравнении с предыдущим исследованием. Обширные зоны кистозно-глиозной трансформации мозгового вещества обоих полушарий головного мозга с признаками последствий ламинарного коркового некроза справа.

Постоперационные изменения мягких тканей головы

ЭЭГ: 18.09.2018. Паттерн ЭЭГ медленноволнового сна не сформирован. В состоянии бодрствования выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с редукцией основного ритма, сглаженностью зональных различий, диффузным усилением медленноволновой активности и стойкой межполушарной амплитудной асимметрией, D>S.

На этом фоне регистрируется эпилептиформная активность в виде комплексов "острая волна-медленная волна", "полиспайк - медленная волна", острых волн, максимально представленная в прав УЗИ живота, 19.09.2018. Выраженный копростаз. Выпот в малом тазе (ВПШ)

Суммарная доза облучения: 2,47 мЗв

Лечение в отделении: По данным дополнительных методов обследования шунт функционирует, показаний к нейрохирургическому лечению нет.

Невролог - учитывая сохраняющуюся эпилептиформную активность рекомендовано в лечении добавить: Депакин сироп 57.64 мг\мл по 1,5 мл 2 раза в день длительно под контролем врача-эпилептолога. Заменить пантогам на Фенибут 0,25 по 1/2 т 3 раза в день - 1 нед. затем по 1 т 3 раза в день, длительно не меньше 3 мес.

Общий анализ крови.

Дата	Ле	Эр	Нб	Нт	Тр	Миел	Мега	П/я	Эози	Базо	Лимф	Моно	ЦП	СОЭ	С/я	ЛИИ
17.09.2018	6,8	5,47	11,8	40,3	376	0	0			0	48,3	11,1	0,65	9	40,6	0,68

Общий анализ мочи

Дата	Кег. тела	Эр	pH	Бел	Ле	Ле в п.зр	Ле в 1 мл	Эр изм	Эр не изм	Эрв 1 мл
18.09.2018	отр	отр	кис	отр	отр	0-1		отр		

РЕКОМЕНДАЦИИ

- продолжить наблюдение неврологом, нейрохирургом и педиатром по м\ж
- направляется на МСЭ по м\ж для установления инвалидности или переосвидетельствования
- продолжать реабилитацию согласно ИПР
- очередной осмотр нейрохирургом в КДЦ института через 3-4 месяца, запись по тел. 84959595746, решение о необходимости для очередного обследования на очной консультации

Контакт с инфекциями: не было

Совместное пребывание с: ЕФРЕМОВА ЕЛЕНА ВЯЧЕСЛАВОВНА.

Врач  /Мещеряков Семен Владимирович/

Заведующий отделением:  (д.м.н. Исаков О.С.)

Приложение №4 к СанПиН 2.6.1192-03

Лист учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях

Ф.И.О. ЕФРЕМОВА АЛИСА ВИКТОРОВНА

Учет дозы при компьютерной томографии:

Дата записи	Выражение	Кол-во исслед	Доза	Примечание
18.09.2018 10:25:58	КТ головного мозга и костей черепа	2	2,47	



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы
Научно-Исследовательский Институт Неотложной Детской Хирургии и
Травматологии ДЗ г. Москвы
ОТДЕЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ
т. 8(495) 959 -43-30

Осмотр врача реабилитолога

№ карты 11278-2018 (ОМС)

ФИО: ЕФРЕМОВА АЛИСА ВИКТОРОВНА 15.03.2016г. 2+6М лет

Вид заболевания: Т90.5 Диагноз: Последствия тяжелой ЧМТ: акинетический мутизм (основное заболевание) Последствие), спастический тетрапарез. Состояние после пластики внутричерепного костного дефекта от 08.05.18г. и шунтирующей операции от 30.05.18г.

Дата получения травмы: 19.10.2017

Анамнез:

известен. Согласно выписке из истории болезни 19.10.2017 ребенок пострадал в ДТП, госпитализирован во Владимирскую ОДКБ с тяжелой ЧМТ (Ушиб головного мозга тяжелой степени, переломы костей свода черепа по сагитальному и коронарному швам с их расхождением, переломы теменной и затылочной костей. После курса консервативной терапии выписаны 26.12.2017, наблюдение у невролога. При МРТ от 30.04.2018 картина посттравматических изменений в левой и правой гемисферах головного мозга, внутренняя окклюзионная гидроцефалия. Консультированы д.м.н. Семенов Ж.Б., госпитализировались в плановом порядке в 3 X/O. 08.05.18 проведена операция: краниопластика Norian. 30.05.18 г. - шунтирующая операция. с 27.05.18 по 10.06.18 находились на стационарном лечении в 3 х/о.

Когнитивные функции:

Состояние ребенка тяжелое с небольшой положительной динамикой. Сознание акинетический мутизм. Положение вынужденное, голова наклонена влево, глазные яблоки повернуты влево, взгляд фиксирует кратковременно, за предметом пытается проследить, отмечается тоническое напряжение мышц верхних и нижних конечностей. Глазные щели D=S, нистагм крупноразмашистый, горизонтальный, язык в полости рта, прислушивается, но команды не выполняет. Мышечный тонус мышц в верхних конечностях повышен, неравномерен, слева больше в разгибателях, справа в сгибателях, гипертонус дистальных отделов рук, большие пальцы приведены к ладони, расправляются. В нижних конечностях преобладает гипертонус разгибателей, гипертонус дистальных отделов. Сухожильные рефлексы с рук оживлены S>D, в ногах высокие D=S высокие, ахиллов высокий до клonusов. Речь отсутствует. Ест из ложки per os протертую пищу, воду пьет, периодически поперхивается. Шкала оценки тяжести нарушений (DRS) - 22,5 балла.

Результаты консультаций:

КТ ГМ: Последствия ТЧМТ. Состояние после краниопластики, закрытия дефекта свода черепа искусственным материалом. Состояние после установки системы ВПШ. Внутренняя гидроцефалия, асимметричная вентрикуломегалия - без существенной динамики при сравнении с предыдущим исследованием. Обширные зоны кистозно-глиозной трансформации мозгового вещества обоих полушарий головного мозга с признаками последствий ламинарного коркового некроза справа. Постоперационные изменения мягких тканей головы.

Консультация окулистом: Парез зрения OS АЗН OU? Рек-но: ЗВП в динамике.

Общий план лечения: Наблюдение неврологом, эпилептологом, окулистом по м/ж.

Контроль ЭЭГ. ЗВП.

Для преодоления нарушений ребенок нуждается в комплексной когнитивной (логопедической, дефектологической) и двигательной реабилитации с применением кинезиотерапевтических технологий в домашних условиях и/или в условиях специализированного реабилитационного центра/отделений реабилитации.

Медикаментозно-нейрометаболическая терапия: Пантогам 0,25 по 1т 3 раза в день - 2мес.

Наком по 1/2 т 2 раза в день - 2 мес

Кавинтон (Винпоцетин) по 1/2 Т 3 раза в день - 2

мес

Магне В6 по 2,5 мл 2 раза в день утром. в 18 часов 1

мес.

Мидокалм 50 мг по 1/4 т 2 раза в день за 30 минут

до занятий ЛФК или массажа-2 недели. затем по 1/4 т 1 раза в день 1 нед -отмена.

Продолжить Клоназепам 2 мг по 1/4 т 2 раза в день

ФЗТ: Теплолечение: Парафиновые аппликации на голеностопные суставы №10

Девочка нуждается в следующих ТС реабилитации - заднеопорном вертикализаторе, в кресло-коляске для детей с ДЦП с домашней и прогулочной (с головодержателем, боковыми подпорками, держателем для голеней), в санитарном кресло-коляске, ортезах на голеностопные и лучезапястные суставы.

При нарастании спастичности - ботулинотерапии.

Ортопедическая обувь постоянно.(сезонная, домашняя).

Зав.отд.ОВЛ и реабилитации, врач-невролог

Дата:18.09.2018 Врач:

Мамонтова Н.А.

Калинина Татьяна Леонидовна

