



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации
119991 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1, тел. (495) 96781420; www.nczd.ru

Выписной Эпикриз от 08.10.2020

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 11891/20

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА № 27599/15А

ФИО	Ермакова Анна Сергеевна	
Возраст	16 лет 8 мес	Дата рождения 06.01.2004
Адрес	РФ, Ростовская область, ;, г. Азов,	
Находился в отделении	Отделение психоневрологии и психосоматической патологии (53) тел. (499) 134-04-09	
Период пребывания	с 21.09.2020 по	
Клинический диагноз: Основной	G80.1 Спастическая диплегия	
Клинический диагноз: Основной	Детский церебральный паралич: спастическая диплегия, GMFCS IV. MACS III. Умственная отсталость. Сгибательно-пронаторная установка рук. Сгибательно-приводящая установка ног.	
Сопутствующий	Состояние после оперативного лечения: таранно-пяточный артродез по Grice-Green справа от 21.01.2016; таранно-пяточный артродез по Grice-Green слева от 03.02.2016. OU ЧАЗН. Атрофия зрительного нерва. Дерматофиброма левой груди. Пограничная гипергликемия натощак. Нарушение толерантности к глюкозе. Юношеский остеохондроз. Люмбагия. Кокцигодиния.	

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

- отставание моторного развития (самостоятельно не садится, не ходит, стои только с поддержкой)
- отставание психо-речевого развития
- боли в пояснично-крестцовом отделе

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией, маститом, на сроке 28-29 недель. Масса при рождении 1300 г, длина тела 40 см, Апгар 4/5 баллов. В первые сутки жизни переведена в отделение недоношенных. Находилась на ИВЛ в течение 3 суток. Был выставлен диагноз "Перинатальное поражение ЦНС, анемия 2 ст., синдром угнетения, ателектатическая пневмония, правосторонний пневмоторакс, врожденные порок сердца: дефект межжелудочковой перегородки (ООО)" При обследовании были выявлен антитела к ЦМВ. Задержка моторного и психо-речевого развития отмечается с рождения. В 2 года выполнена КТ головного мозга - боковые желудочки деформированы (вытянутой формы), умеренно расширены, ассиметричны, S>D, задние рога расширены (колпоцефалия), цистерны мозга обычной конфигурации и размеров, субарахноидальные пространства умеренно расширены в конвексимальных отделах. В связи с появлением аффективно-респираторных приступов, расцененных как эпилептические, с 2х лет получает Депакин и Финлепсин (дозы мама не помнит). Самостоятельно отменили препараты в возрасте 4х лет, приступов не отмечалось. Проходила реабилитацию

по месту жительства в объеме ЛФК, массажа. В возрасте 4 лет впервые госпитализирована в реабилитационный центр "Детство", где был проведен курс реабилитационных мероприятий в объеме физио и кинезотерапии, получала курсы нейротрофической терапии. После проведенного курса реабилитации начала ползать, села, заговорила (в возрасте 4 лет). В дальнейшем неоднократно проходила реабилитацию в центре "Детство".

В 2012 году выполнена поверхностная ЭМГ верхних и нижних конечностей, туловища, лица и шеи. По результатам: признаки супрасегментарной (церебральной) дисфункции регуляции мышечной активности нижних и верхних конечностей, повышением физического компонента мышечного тонуса икроножных мышц с двух сторон $S > D$ (миотатический рефлекс 300-400 мкВ при норме 50-70 мкВ) Минимальные признаки дисфункции активации мотонейронов на уровне шейного отдела с двух сторон, признаки выраженной дисфункции активации мотонейронов на уровне стволовых структур с двух сторон $D = S$, амплитуда активации мышц верхних и нижних конечностей снижена, без асимметрии сторон. Структуры ЭМГ урежена.

В 2014 году выполнен ЭЭГ, заключение: легкие изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде дезорганизации корковой ритмики. По амплитудно-частотным параметрам альфа-ритм укладывается в возрастную норму. В бодрствовании эпилептиформной активности, пароксизмальных состояний и эпилептиформных приступов не зафиксировано.

С 2015 года девочка ежегодно госпитализировалась в отделение психоневрологии НМИЦ ЗД, проходила реабилитационное лечение с положительной динамикой. В межгоспитальный период состояние ребенка оставалось стабильным.

В феврале 2016 года в отделении нейроортопедии выполнена операция по коррекции плосковальгусной деформации стоп III ст., ахиллопластика.

Последняя госпитализация в феврале 2020 года. В отделении с целью исключения противопоказаний для реабилитации проведено обследование. Выявлена гипергликемия натощак. В связи с чем девочка консультирована эндокринологом. В рамках эндокринологического дообследования выполнен глюкозотолерантный тест (гипергликемия и гиперинсулинемия натощак), определение уровня пролактина, ТТГ и ПТГ (отклонений от нормы не выявлено), УЗИ щитовидной железы (патологии не выявлено), УЗИ органов малого таза (регресса фолликулярной кисты правого яичника, кисты эндометрия). По результатам обследований выставлен диагноз: Высокая гликемия натощак. Нарушение толерантности к глюкозе. Инсулинорезистентность. Дисфункция яичников. Рекомендована антигипергликемическая терапия и наблюдение эндокринолога по месту жительства. С антиспастической целью проведена ботулинотерапия препаратом ботулотоксин тип А (ДИСПОРТ) в суммарной дозе 1000 Ед под контролем УЗИ. Протокол выдан матери на руки. В динамике для выявления эпилептиформной активности выполнен видео-ЭЭГ-мониторинг бодрствования: за время исследования эпилептиформной активности, эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано. В связи с жалобами на снижение остроты зрения девочке выполнены вызванные зрительные потенциалы (замедление проведения зрительной афферентации на кору слева и справа не определяется) и консультация офтальмолога. Для исключения отставания костного возраста у ребенка с нарушением двигательной активности, выполнено рентгенологическое исследование кистей рук. Костный возраст соответствует календарному. Учитывая жалобы на боли в области копчика, выполнено рентгенологическое исследование копчико-крестцового отдела позвоночника, и по результатам ребенок консультирован ортопедом, назначена консервативная терапия. В связи с жалобами на периодическую рвоту желчью по утрам, девочка консультирована гастроэнтерологом: Дисфункция билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря. Была назначена медикаментозная терапия.

Девочка прошла курс реабилитационных мероприятий, ребенок в стабильном состоянии был выписан домой для наблюдения профильными специалистами по месту жительства.

В межгоспитальный период состояние стабильное.

Настоящая госпитализация в НМИЦ ЗД плановая повторная для обследования и проведения восстановительного лечения.

Лечение до поступления: не получает.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Общемозговой и менингеальной симптоматики нет.

Психо-эмоциональная сфера: эмоционально лабильна. В контакт вступает неохотно. Контакт формальный. На вопросы отвечает односложно. Внимание удерживает кратковременно. Учится в школе 7 типа. Обращенную речь понимает на бытовом уровне. Команды выполняет не всегда. Экспрессивная речь - короткими фразами, речь дизартрична. Навыки опрятности и самообслуживания сформированы частично.

ЧН: II - зрение предметное. III, IV, VI - глазные щели симметричны, D=S. Взгляд фиксирует. Недостаточность конвергенции. Альтернирующее сходящееся осоглазие. Реакция зрачков на свет прямая и содружественная живая. V - тригеминальные точки безболезненные, движения нижней челюсти не ограничено, трофика жевательных мышц не нарушена. VII - легкая сглаженность левой носогубной складки. Мимика обеднена. VIII - слух сохранен, D=S. IX, X - голос звонкий, не поперхивается. Язык и uvula по средней линии. Нёбный и глоточный рефлексы живые, симметричные. Повороты головы и шеи в полном объеме. XII - положение языка - в полости рта, по срединной линии.

Двигательная сфера: объем активных и пассивных движений снижен из-за тонусных нарушений. Тонус повышен в руках и ногах по спастическому типу, больше в ногах S>D. Сгибательно-пронаторная установка рук. Сгибательно-приводящая установка ног. Сухожильные рефлексы высокие с ног D<S, с расширением рефлексогенных зон, с рук - повышены, D<S. Рефлекс Бабинского положительный с двух сторон. Клонус стоп с двух сторон. Брюшные рефлексы живые, симметричные.

Двигательные навыки: переворачивается, посаженная сидит, самостоятельно не садится. Передвигается с поддержкой за две руки или с опорой (ходунки-роляторы).

Координаторная сфера: пальценосовую пробу выполняет с дисметрией. Оценить пяточно-коленную пробу и позу Ромберга невозможно.

Температурная и болевая чувствительность сохранены.

Газовые функции сохранены, контролирует.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Совместный осмотр с зав. отделением Кузенковой Л.М., куратором к.м.н. Андреевко Н.В.. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,6. Положение вынужденное. Вес 45 кг. Рост стоя 156см. ППТ 1,39 м². Окружность головы 51см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы бледно-розовые, стрии на коже груди, плеч, ягодиц и бедер, сыпи нет, следы ожога на левой кисти, зона покраснения на левой груди 1*1,5 см с уплотнением в центре. Слизистые оболочки чистые, влажные. Зев спокойный. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, периферических отеков нет. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: Юношеский остеохондроз. Люмбалгия. Кокцигодия. Сгибательная установка рук. Мышечный тонус повышен во всех конечностях. Носовое дыхание свободное. При аускультации над легкими дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Одышки в покое нет. Органы кровообращения: Область сердца визуально не изменена. Перкуторно границы сердца не расширены. При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные. ЧСС 88 в мин. Живот увеличен в размере за счет ПЖК, доступен глубокой пальпации, мягкий и безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеполовая система: сформирована по женскому типу, правильно.

Мочепускание свободное и безболезненное. Дизурии нет. Нервная система: см. неврологический статус. Зрение снижено, слышит.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. УЗИ Малого таза 22.09.2020

МАТКА 46x25x29 мм; не изменена; ШЕЙКА 24x13 мм; в проекции цервикального канала ранее описанное образование не визуализируется; ЭНДОМЕТРИЙ 5-6 мм; не изменен; МИОМЕТРИЙ однородный мм; не изменен; ЯИЧНИКИ: ЛЕВЫЙ - не визуализируется, экранирован мм; ПРАВЫЙ 35x28x21 мм; Фолликулы d от 2; до 4 мм; Кровоток обычный; ОПИСАНИЕ: метеоризм. в дистальных отделах кишечника умеренное количество плотного гиперэхогенного содержимого.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ-изменений не выявлено.;

2. Рентгенография общий 23.09.2020

Область исследования крестцово-копчиковый отдел; Вид исследования цифровая рентгенография; Проекция рентгенограммы боковая проекция; Описание: На рентгенограмме крестцово-копчикового отдела в боковой проекции. Снимок выполнен с нарушением укладки. Ось не отклонена. Ротация тел позвонков не отмечена. Форма и тела позвонков не изменена. Замыкательные пластинки ровные четкие.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рентгенологическая картина без костно-суставных изменений

Куратор Бадлаев О.В.;

3. Видео-ЭЭГ мониторинг 24.09.2020

Описание: Жалобы: - нарушения моторного развития (самостоятельно не садится, стоит и ходит только с поддержкой); - отставание психо-речевого развития; - на периодическую рвоту желчью по утрам; - образование на левой груди.

Принимаемые препараты: АЭП не принимает.

Параметры записи: Исследование проводилось в течение 1 часа в состоянии бодрствования с выполнением функциональных проб. Запись осуществлялась на системе видео-ЭЭГ мониторинга Nicolet. Использовалась международная система наложения электродов «10-20» с применением дополнительных электродов: ЭКГ, ЭМГ (на дельтовидных мышцах).

ЭЭГ в состоянии бодрствования:

В ЭЭГ активного и пассивного бодрствования отмечается большое количество массивных двигательных и миографических артефактов.

Основной ритм представлен нерегулярным, устойчивым, слабо модулированным альфа-ритмом, частотой 10-12 Гц, амплитудой до 50 мкВ, регистрирующимся в затылочных отведениях, с распространением на задневисочные и теменные отделы полушарий.

Зональные различия выражены отчетливо.

Бета-ритм регистрируется по лобным и височным отделам, частотой 14-30 Гц, амплитудой до 20 мкВ, часто маскируется миографическими артефактами. Также зарегистрированы короткие пробеги ритмичной быстроволновой активности частотой 21 Гц, амплитудой до 60 мкВ.

Медленноволновая активность представлена слабо, преимущественно колебаниями тета-диапазона, по амплитуде не превышающими основной ритм.

ЭЭГ активного бодрствования характеризовалось доминированием полиморфной, преимущественно среднеамплитудной дизритмической активности, представленной короткими пробегами низкоамплитудной быстроволновой активности в сочетании с колебаниями более низких частотных диапазонов.

Функциональные пробы:

Реакция активации выражена

отчётливо.

При проведении ритмической фотостимуляции с частотой 3, 6, 10, 16, 20, 25, 30 Гц реакций усвоения ритма не отмечалось. Фотопароксизмальные ответы не зарегистрированы.

ЭЭГ сна:

Не зарегистрировано.

Клинические события:

- Не отмечались.; Заключение: • Низкоамплитудный тип ЭЭГ.
- Основной ритм соответствует возрасту.
- В бодрствовании быстроволновая активность представлена избыточно.
- При проведении функциональных проб патологических изменений корковой ритмики не отмечалось.
- Сон не зарегистрирован.
- За время исследования эпилептиформной активности, эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано.
- В сравнении с исследованием от 18.02.2020 г. существенных изменений не выявлено.

Заключение ЭЭГ не является самостоятельным диагнозом! Окончательную клиническую трактовку делает лечащий врач!;

4. Рентгенография тазобедренных суставов 23.09.2020

ВИД ИССЛЕДОВАНИЯ:: цифровая рентгенография; Проекция: прямая и боковая проекции; На рентгенограмме тазобедренные суставы расположены ассиметрично; справа ниже на 1,5 см; Головки бедренных костей визуализируются; с двух сторон; Размеры головок бедренных костей: справа 41x16 мм; слева 43x19 мм; Контуры головок бедренных костей: справа четкие; ровные; слева четкие; ровные; Крыши вертлужных впадин сформированы: правильно; Контур вертлужной впадины: Справа - четкий; ровный; без эрозий; Слева - четкий; ровный; без эрозий; Контуры их с субхондральным уплотнением подчеркнутость слева; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: рентгенологические признаки соха "valga"; с двух сторон; ;

5. Врачебные исследования (общий) 06.10.2020

Область исследования МРТ Пояснично-крестцового отдела позвоночника; ОПИСАНИЕ GE 1,5T Signa Explorer

Дата исследования	06.10.2020 г.
Ф.И.О., возраст	Ермакова А.С., 16 лет 8 мес.
№ исследования	MR_Signa_HDXT_36523
Отделение	психоневрологии
№ истории болезни	11891/20
Контрастное усиление	не проводилось

Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника

При МРТ исследовании пояснично-крестцового отдела позвоночника получены T1- и T2-ВИ в сагиттальной, коронарной и аксиальной плоскостях сканирования, а также ИП STIR.

В положении исследования на уровне сканирования физиологический поясничный лордоз сохранен, ось позвоночника не отклонена.

Позвоночный канал на уровне поясничного отдела сужен (в большей степени

на уровне L5-S1 сагиттальным размером до 8 мм).

Позвонки поясничного отдела, крестца и копчика представлены, не смещены относительно друг друга.

Высота и структура тел позвонков сохранены.

Данных за отек костного мозга не получено.

Замыкательные пластинки тел позвонков четкие, ровные.

Убедительных данных за пролабирования межпозвонковых дисков не получено, высота не снижена. Дуральный мешок не деформирован.

Нервные корешки свободно расположены в межпозвонковых отверстиях, не компримированы.

Спинальный мозг с четкими ровными контурами, однородной структуры, конус расположен на уровне L1.

Паравертебрально, на уровне правого дугоотростчатого сустава L5-S1 отмечается мелкое кистозное включение однородной структуры с ровными четкими контурами, размерами 6,5x5 мм.

На уровне сканирования отмечается дистопия правого яичника в область крыла подвздошной кости, увеличение его объемов за счет большого количества фолликулов, поперечным размером до 8,5 мм. Левый яичник располагается по заднебоковой стенке матки, увеличен в размерах, поперечным размер фолликулов до 7 мм.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ МР картина конституционального сужения позвоночного канала на уровне поясничного отдела позвоночника.;

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ

	Ед/изм	Долж.зн.	22.09.20	25.09.20	29.09.20	30.09.20	06.10.20
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ							
HGB	г/л	120 - 155	152				
WBC	10 ⁹ /л	4,5 - 11,5	8,84				
RBC	10 ¹² /л	4,1 - 5,1	5,2				
HCT	%	36 - 46	46,4				
MCV	фл	78 - 96	89,2				
MCH	пг	25 - 35	29,2				
MCHC	г/л	310 - 370	328				
PLT	10 ⁹ /л	150 - 440	220				
Нейтрофилы %	%	43 - 65	55				
Лимфоциты %	%	29 - 45	34,6				
Моноциты %	%	3 - 9	8,4				
Эозинофилы %	%	1 - 5	1,7				
Базофилы %	%	0 - 0,5	0,3				
Нейтрофилы	10 ⁹ /л	1,1 - 5,8	4,86				
Лимфоциты	10 ⁹ /л	1,2 - 5,2	3,06				
Моноциты	10 ⁹ /л	0,38 - 1,26	0,74				
Эозинофилы	10 ⁹ /л	0,1 - 0,6	0,15				
Базофилы	10 ⁹ /л	0,04 - 0,2	0,03				
Незрелые гранулоциты	10 ⁹ /л	<0,05	0,03				
Незрелые гранулоциты %	%	<1	0,3				
RDW-CV	%	12 - 15	12				
СОЭ	мм/час	2 - 20	6				
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ							
Плотность мочи (SG)	<>	1,001 - 1,04			1,01		
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7			6,5		
Нитриты мочи (NIT)	<>				отр(-)		
Белок мочи (PRO)	г/л	0 - 0,25			отр(-)		

Глюкоза мочи (GLU)	ммоль/л				в норме		
Кетоновые тела мочи (KET)	ммоль/л				отр(-)		
Уробилиноген мочи (URO)	мкмоль/л				в норме		
Билирубин мочи (BIL)	мкмоль/л				отр(-)		
Эритроциты мочи	клеток/мкл				отр(-)		
Цвет мочи	<>				светло-желтый		
Прозрачность мочи	<>				прозрачная		
Реакция мочи (pH)	<>	5,5 - 7			6,5		
Лейкоциты мочи (LEU)	клеток/мкл				отр(-)		
Эритроциты	/мкл	0 - 22,7			10,7		
Лейкоциты	/мкл	0 - 24			3,9		
Плоский эпителий	/мкл	0 - 39,6			2,4		
Цилиндры	/мкл	0 - 5			0		
Бактерии	/мкл	0 - 130,7			24,3		
Кристаллы	/мкл	0 - 40			0		
Дрожжи	/мкл				0		
Круглый эпителий	/мкл				0,8		
Патологические цилиндры	/мкл				0		
Слизь	/мкл				0		
Сперматозоиды	/мкл				0		
Проводимость	мS/см				14,5		
Эритроциты в п.з.	в п.з.	0,1 - 3			1,9		
Лейкоциты в п.з.	в п.з.	0 - 4			0,7		
Плоский эпителий в п.з.	в п.з.	0 - 7			0,4		
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ							
АЛТ	Ед/л	<40	12,6				
Амилаза	Ед/л	28 - 100	54				
Амилаза панкреатическая	Ед/л	5 - 46	27,1				
АСТ	Ед/л	<42	12,4				
Белок общий	г/л	65 - 83	71,9				
Билирубин общий	мкмоль/л	3,7 - 22	7,7				
Глюкоза	ммоль/л	3,3 - 5,5	5,14	6,22		7,7	4,3
ГГТ	Ед/л	4 - 25	19				
К	ммоль/л	3,5 - 5,1	4,3				
Са	ммоль/л	2,1 - 2,55	2,51				
Креатинин (CR-E)	мкмоль/л	44 - 80	54				
КФК	Ед/л	25 - 140	25				
ЛДГ	Ед/л	<279	131				
Mg	ммоль/л	0,7 - 0,91	0,863				
Мочевая кислота	мкмоль/л	142 - 389	383				
Мочевина	ммоль/л	2,5 - 7,1	4,4				
Na	ммоль/л	134 - 145	142				
Холестерин	ммоль/л	3,6 - 6,5	4,08				
ЦФ	Ед/л	50 - 117	105				
PO4	ммоль/л	1,25 - 1,78	1,58				
КФК-МБ	нг/мл	<3,4	0,3				
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ							
Инсулин	мкЕд/мл	1,9 - 23				219,2	

КФК-МБ	нг/мл	<3,4	0,3			
КЩС (кислотно-щелочное состояние)						
Na	ммоль/л	134 - 145	142			
НСТ	%	36 - 46	46,4			
НвА1С (собас С311)	%	4 - 6		5,37		
Архив сыворотки			35-8-5	39-6-5	46-1-10	53-9-3

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Эндокринолог к.м.н Бржезинская Л.Б.

28.09.2020.

ЖАЛОБЫ: ранее гипергликемия;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Рост: 156 см Вес: 48,6 кг SDSроста: -1,03 ИМТ: 20,13 SDS (имт) = -0,22

Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы умеренной влажности, розовыми стриями. ПЖК развита избыточно, распределена равномерно. Щитовидная железа пальпаторно не изменена, эластична, безболезненна. Клинически состояние эутиреоза. Живот мягкий, безболезненный. Дизурии нет, стул - ежедневный. Надпочечники — данных за патологию при осмотре не выявлено. Половой статус соответствует возрасту, Tanner 4-5, менструальный цикл регулярный.;

РЕКОМЕНДАЦИИ: Сахарная кривая с нагрузкой глюкозой 75 г, С определением глюкозы и инсулина в точках 0 мин. и 120 мин. решение вопроса о назначении Метформина

2. ЛФК врач высшей категории Кармазина Е.К.

22.09.2020.

ДИАГНОЗ НЦЗД: G80.1 Спастическая диплегия. Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFCS IV. MACS III. Умственная отсталость. Сгибательно-пронаторная установка рук. Сгибательно-приводящая установка ног. Состояния после оперативного лечения: таранно-пяточный артродез по Grice-Green справа от 21.01.2016; таранно-пяточный артродез по Grice-Green слева от 03.02.2016. ОУ ЧАЗН. Атрофия зрительного нерва. Дерматофиброма левой груди. Высокая гликемия натощак. Нарушение толерантности к глюкозе. Инсулинорезистентность. Дисфункция яичников.

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Р-ция при осмотре: ребенок спокоен. Телосложение пропорциональное

Тремор: нет. Голова: по оси тела, свободно двигается в обе стороны

Кожа чистая. Паховые и ягодичные складки: асимметричны

Разведение бедер: резко ограничено. Сгибательно-пронаторная установка верхних конечностей, аддукторный спазм

Мышечный тонус: спастическая диплегия. Движения в плечевых/локтевых/лучезапястных/коленных/голеностопных суставах в полном объеме

При тракции за руки: группируется

При постановке на ноги: опора на полную стопу (оперирована)

Навыки: поднимает и удерживает голову, лежа на животе. Опора на предплечья

Переворачивается самостоятельно в обе стороны

Встает на четвереньки и ползает на них, Движения конечностей попеременное

Самостоятельно садится, сидит со свешенными ногами, с выпрямленными ногам и кифозированой поясницей

Встает самостоятельно на высокие колени и ходит на них с поддержкой, встает у опоры, ходит с опорой, может постоять самостоятельно несколько секунд.

РЕКОМЕНДАЦИИ: Цель реабилитации: улучшение трофики мышц, щадящая разработка движений в суставах конечностей, обучение родителей

Базовые методы (постуральный менеджмент): Прикладная кинезотерапия: щадящая разработка движений в суставах конечностей, укрепление мышц спины и нижних конечностей, упражнения на равновесие, координацию, ЦО1,3 обучение мамы

Дополнительные методы: массаж мышц спины и верхних конечностей, ч/д нижних конечностей;

3. Физиотерапевт врач высшей категории Сахарова Е.В.

23.09.2020.

ЖАЛОБЫ: - отставание моторного развития (самостоятельно не садится, стоит и ходит только с поддержкой)

- отставание психо-речевого развития.

- боли в области копчика ;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Р-ция при осмотре: ребенок спокоен .Телосложение пропорциональное

Тремор: нет.Голова: по оси тела, свободно двигается в обе стороны

Кожа чистая.Паховые и ягодичные складки: асимметричны

Разведение бедер: резко ограничено.Сгибательно-пронаторная установка верхних конечностей, аддукторный спазм

Мышечный тонус: спастическая диплегия.Движения в плечевых/локтевых/лучезапястных/коленных/голеностопных суставах в полном объеме

При тракции за руки: группируется

При постановке на ноги: опора на полную стопу(оперирована)

Навыки: поднимает и удерживает голову, лежа на животе. Опора на предплечья

Переворачивается самостоятельно в обе стороны

Встает на четвереньки и ползает на них, Движения конечностей попеременное

Самостоятельно садится, сидит со свешенными ногами, с выпрямленными ногам и кифозированой поясницей

Встает самостоятельно на высокие колени и ходит на них с поддержкой, встает у опоры, ходит с опорой, может постоять самостоятельно несколько секунд.

РЕКОМЕНДАЦИИ: Учитывая болевой синдром, рекомендовано:

- курс магнитотерапии низкоинтенсивной на область копчика;
- курс фонофореза с гидрокортизоновой мазью на область копчика;
- курс энтеральной оксигенотерапии.;

4. Логопед Козлова И.В.

28.09.2020.

ЖАЛОБЫ: На нарушение речевого развития. ;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Обследована в палате в присутствии мамы. Девочка выглядит младше своего возраста, повышенного питания, зрение снижено. Мимика бедная, однообразная. В установлении контакта с новым взрослым не заинтересована, отворачивается и смотрит на маму, к взаимодействию привлекается на непродолжительное время, на лицо взрослого смотрит редко, при дополнительном привлечении внимания, взгляд скользящий, тактильному контакту доступна. Элементарным нормам речевого этикета научена (здоровается, прощается). Интерес к игрушкам поверхностный, настойчива в достижении желаемого. Целенаправленной деятельностью быстро истощается, становится двигательно беспокойной, поведение дурашливым, смеется без учета ситуации.

Артикуляционный аппарат и тонус мышц: тонус лицевых мышц повышен, щеки плотные, малоподвижные, тонус мышц языка повышен, кончик выражен, укорочена верхняя загубная связка, подъязычная напряжена, твердое небо готическое, мягкое длинное, напряженное, саливация. За артикуляцией взрослого прослеживает непродолжительно, совершает попытки копирования движений. Со слов мамы, ест самостоятельно, твердую пищу жует долго и плохо, периодически поперхивается, пьет из чашки. Дыхание напряженное, вдох не глубокий, выдох короткий, воздушная струя короткая. Голос тихий, напряженный, иссякающий.

Понимание обращенной речи на уровне простых бытовых знакомых просьб, нуждается в повторении, жестовом подкреплении. Отмечаются множественные нарушения звукопроизношения дизартрического характера, связанные с ограничениями движений артикуляционных органов. Речь трудна для понимания. Словарный запас: знакомая обиходная лексика. Грамматические навыки: множественные аграмматизмы. Ответы на вопросы по содержанию картинки односложные. Коммуникативная функция речи в начале формирования. На момент обследования девочка пользуется отдельными словами, сочетаниями слов, реже простой, бытовой фразой, периодически повторяет вопрос за взрослым вместо ответа на него.

В движениях кистей рук затруднения, мелкая моторика нуждается в развитии, ведущая рука правая, взаимодействие двух рук кратковременное.;

РЕКОМЕНДАЦИИ: - систематические занятия с логопедом с целью нормализации тонуса артикуляционных мышц, формирования артикуляционной моторики, укладов звуков, постановки звуков, развитию слухового внимания, понимания обращенной речи, обогащения активного словарного запаса, собственной речевой активности, коммуникативной функции речи, мелкой моторики. ;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Системное недоразвитие речи, 1-начало 2 уровня, дизартрия.;

5. Эндокринолог к.м.н Бржезинская Л.Б.

01.10.2020.

ДИАГНОЗ НЦЗД: Нарушение углеводного обмена в анамнезе (пограничная гипергликемия натощак.

нарушение толерантности к глюкозе);

ЖАЛОБЫ: ранее гипергликемия;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Рост: 156 см Вес: 48,6 кг SDSроста: -1,03 ИМТ: 20,13 SDS (имт) = -0,22

Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы умеренной влажности, розовыми стриями. ПЖК развита избыточно, распределена равномерно. Щитовидная железа пальпаторно не изменена, эластична, безболезненна. Клинически состояние эутиреоза. Живот мягкий, безболезненный. Дизурии нет, стул - ежедневный. Надпочечники — данных за патологию при осмотре не выявлено. Половой статус соответствует возрасту, Tanner 4-5, менструальный цикл регулярный;

РЕКОМЕНДАЦИИ: диета со строгим ограничением сладких продуктов (сладости, сладкие напитки, сладкие кисломолочные продукты, ограничить сладкие фрукты- бананы, виноград)

контроль сахара крови через 3-6 месяцев

6. Дефектолог Кузнецова Е.А.

24.09.2020.

ЖАЛОБЫ: Не предъявляют.;

ДАнные ОСМОТРА: Девочка на консультации с мамой, рослая, крепкого телосложения, кожные покровы бледные, мимика лица однообразная, отмечаются стигмы. Навык самостоятельной ходьбы не сформирован, передвигается на коляске. Посаженная за стол сидит с округлой спиной, наклоняется вперед, голову немного опускает вниз, периодически поднимает, нуждается во внешнем контроле позы. При виде нового взрослого отворачивается, смотрит на мать, контролируя ее нахождение рядом. Взаимодействие с педагогом поддерживает кратковременно, на обращение взрослого может демонстративно отвернуться, при этом улыбается. При желании поворачивается, включается в процедуру обследования. Понимает обобщенный смысл слова, может назвать свое имя, возраст как учили, показывает основные части тела, знакомые предметы, выполняет действия с ними. Произносит отдельные слова, упрощенную фразу, речь смазанная. Для получения желаемого пользуется привычным поведением, интонацией, отдельными словами. Заинтересовавшись игрушкой, тянется к ней, берет, начинает действовать знакомым способом, действия совершает преимущественно одной рукой, второй контролирует свое положение, придерживаясь за стол. Выполняет некоторые игровые действия, может объединить их в небольшую цепочку (покормить куклу, уложить спать), демонстрирует знакомые игровые элементы, имеющиеся в практическом опыте.

При виде новой игрушки просит её, использует слово (дай кубик). В новую игровую ситуацию включается с интересом, но быстро истощается, нуждается в частой смене дидактического материала. Использует знакомый предмет в качестве орудия: движения неточные, нуждаются в моторном контроле, зачерпывает один шарик из банки, направляет руку к другой, подбирает результативное движение руки с ложкой для достижения результата (черпает, опускает).

После однократной демонстрации совершает ориентировку на внешний вид предмета, раскладывает предметы по емкостям в зависимости от сенсорного признака при выборе из двух (кубик/шарик, большой/маленький), действия словом сопровождает только по просьбе. В практической деятельности на величину не ориентируется. Без труда переключает свой интерес на действие взрослого с новой игрушкой, разглядывает изображения-вкладыши, словом называет их, по просьбе педагога ищет место для каждого, может верно указать на него, но вставляет хаотично. Путем длительных проб крутит вкладыш, подбирая верное положение, достигает положительного результата только при оказании направляющей помощи. Может собрать целое из 2 частей, действует пробами. При прощании машет рукой, самостоятельно использует социальный жест, ориентируясь в ситуации.

Навыки опрятности и самообслуживания частично усвоены.;

РЕКОМЕНДАЦИИ: Систематические коррекционно-педагогические занятия, направленные на закрепление и расширение произвольной регуляции поведения, памяти, практической ориентировки в свойствах и взаимосвязях между предметами, расширение орудийных действий и последовательностью игровых действий, развитие коммуникативной и номинативной функций речи.;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Формирование период первых предметных действий.;

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Режим общий

Диета стол №15

Реабилитация:

Базовые методы (постуральный менеджмент) :Прикладная кинезотерапия: щадящая разработка движений в суставах конечностей,укрепление мышц спины и нижних конечностей, упражнения на равновесие, координацию, ЦО1,3 обучение мамы.

Дополнительные методы:массаж мышц спины и верхних конечностей,ч/д нижних конечностей.

Физиотерапия:

- курс магнитотерапии низкоинтенсивной на область копчика;
- курс фонофореза с гидрокортизоновой мазью на область копчика;
- курс энтеральной оксигенотерапии.

С антиспастической целью 24.09.2020 ребенку проведены инъекции ботулотоксина типа А (Диспорт) в суммарной дозе 1000 Ед (20,6 Ед/кг массы тела), в целевые мышцы под контролем УЗ. Ребенок перенес процедуру удовлетворительно, без осложнений. Протокол выдан маме на руки.

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Ребенок поступил в отделение психоневрологии и психосоматической патологии повторно с диагнозом "ДЦП: Спастическая диплегия. GMFCS III. MACS II. Сгибательно-пронаторная установка рук. Сгибательно-приводящая установка ног. Умственная отсталость." (G80.1) для выполнения квоты по ВМП в соответствии с постановлением Правительства РФ №1610 от 07.12.2019 (вид ВМП 12.00.37.001, модель пациента «Спастические формы детского церебрального паралича с тяжелой двигательной инвалидизацией») для проведения комплексного лечения с применением методов физиотерапии (в том числе сочетанных методик криоэлектроимпульсной терапии, стимуляционных токов в движении, основанных на принципе биологической обратной связи), кинезотерапии, механотерапии и (или) ботулинотерапии под контролем комплекса нейровизуализационных и нейрофункциональных методов обследования.

Диагноз выставлен на основании жалоб (двигательные нарушения, умственная отсталость), данных анамнеза (недоношенность, отягощенный перинатальный анамнез), данных физикального осмотра (повышение мышечного тонуса по центральному типу, сгибательная установка рук, высокие сухожильные рефлексы, расширение рефлексогенных зон), данных МРТ головного мозга (перивентрикулярные изменения белого вещества темных долей больших полушарий).

С целью исключений противопоказаний к реабилитации проведены ОАК и ОАМ без патологии. Выполнен биохимический анализ крови. Гликированный гемоглобин - 5,37%. Определение уровня глюкозы в крови - первая точка - натощак - 5,14 ммоль/л, вторая точка - через два часа после приема пищи - 6,22 ммоль/л. С результатами обследования ребенок консультирован эндокринологом, выставлен диагноз: Пограничная гипергликемия натощак. Нарушение толерантности к глюкозе. В рамках эндокринологического дообследования выполнен глюкозотолерантный тест: глюкоза в точке 0 мин - 5,03 ммоль/л, инсулин - 28,81 мкЕд/мл, глюкоза в точке 120 мин - глюкоза 7,7 ммоль/л, инсулин - 219,2 мкЕд/мл. По результатам обследования ребенок повторно консультирован эндокринологом: нарушений углеводного обмена на момент обследования нет. Даны рекомендации. Для динамического наблюдения выполнено УЗИ органов малого таза: УЗ-изменений не выявлено.

С антиспастической целью 24.09.2020 ребенку проведены инъекции ботулотоксина типа А (Диспорт) в суммарной дозе 1000 Ед (20,6 Ед/кг массы тела), в целевые мышцы под контролем УЗ. Ребенок перенес процедуру удовлетворительно, без осложнений. Протокол выдан маме на руки.

С целью выявления эпилептической активности выполнен видео-ЭЭГ-мониторинг бодрствования: за время исследования эпилептиформной активности, эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано. В сравнении с исследованием от 18.02.2020 г. существенных изменений не выявлено.

Учитывая жалобы на боли в пояснично-крестцовом отделе, была выполнена рентгенография тазобедренных суставов с захватом крестцового-копчикового отдела: рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон. Снимок был выполнен с нарушением укладки ввиду чего неинформативен, в связи с чем было проведено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: МР картина конституционального сужения позвоночного канала на уровне поясничного отдела позвоночника. С результатами обследования ребенок был консультирован ортопедом. Выставлен диагноз: Юношеский остеохондроз. Люмбалгия. Кокцигодия. Назначена консервативная терапия.

Девочка консультирована врачами физиотерапевтом и ЛФК, составлен индивидуальный курс реабилитации.

Ребенок консультирован дефектологом и логопедом, даны рекомендации.

На фоне проводимой терапии наблюдается положительная динамика в виде уменьшения спастичности и увеличения двигательной активности.

Ребенок в стабильном состоянии выписывается домой для наблюдения профильными специалистами по месту жительства.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наблюдение невролога, эндокринолога, офтальмолога, ортопеда, педиатра по месту жительства.
2. Когитум по 10 мл 2 р в день (утро, обед) - 1,5 мес.
3. Магне В6 по 1 табл. 2 р в день - утро, вечер - по 1 месяцу - 3 р в год.
4. Выполнение рекомендаций эндокринолога:
 - Диета со строгим ограничением сладких продуктов (сладости, сладкие напитки, сладкие кеиломолочные продукты, ограничить сладкие фрукты- бананы, виноград).
 - Контроль сахара крови через 3-6 месяцев.
5. Выполнение рекомендаций ортопеда: курс физиотерапии - фонофорез с гидрокортизоном на пояснично-крестцовую область №15, суппозитории Вольтарен - per rectum, по 1 свече, 2 раза в день, курс - 2 недели. Сидеть на ортопедической подушке с отверстием в течение 1 месяца. Рекомендовано наблюдение в динамике. В случае нарастания болевого синдрома - повторная консультация ортопеда.
6. Контроль УЗИ органов брюшной полости 1 раз в 6 мес
7. Контроль ЭЭГ 1 раз в 12 мес
8. ЛФК регулярно в спокойном режиме
9. Массаж, физиотерапия курсами по 10-12 раз 4-5 раз в год
10. Рекомендовано проведение повторного курса ботулинотерапии через 3-5 месяцев
11. В положении сидя находиться в опоре для сидения (стул со столом), с целью профилактики деформации позвоночника.
12. Рентгенография тазобедренных суставов 1 раз в 6 мес
13. Систематические занятия с дефектологом и логопедом
14. Санаторно-курортное лечение 2 р/год
15. Продление инвалидности по месту жительства

16. Повторная госпитализация в отделение психоневрологии ФГАУ "НМИЦЗД" МЗ РФ по вызову института.

Контактов с инфекциями не было.

Лечащий врач

 - Новожилова Д.Л.

Куратор

к.м.н. Андреевко Н.В.

Руководитель отделения

 д.м.н., профессор - Кузенкова Л.М.



Оценить качество оказанной медицинской помощи в нашем Центре Вы можете на официальном сайте ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России (www.nczd.ru), а так же через QR - код