



ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество больного **Капитанова Анастасия Алексеевна**
2. Дата рождения **30.06.2018**
3. Домашний адрес **г.Москва,**
4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____
б) по стационару: поступления _____
выбытия _____

5. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)
G80.0 Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. GMFCS – 5 уровень.

Задержка речевого и психического развития. Белково-энергетическая недостаточность 2 ст. Q65.6 Неустойчивое бедро. Дисплазия тазобедренных суставов, множественные контрактуры суставов. K21.0 – Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом. ГЭРБ с эзофагитом. Недостаточность кардии. Каскадный желудок. Хронический запор. H52.2 – Астигматизм. ЧАЗН. H50.1 – Расходящееся содружественное косоглазие.

6. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке
Анамнез жизни: Ребенок от третьей беременности (I – выкидыш, II – ЕР, девочка, здорова), протекавшей на фоне ОРВИ во втором триместре, артериальной гипертензией во втором и третьем триместре, кровотечением в третьем триместре (полное предлежание плаценты). Вторые преждевременные оперативные роды в тазовом предлежании на 34 неделе. Масса при рождении 2700 гр, рост 46 см, 7/8 баллов по шкале Апгар. Состояние с рождения тяжелое за счет ДН на фоне незрелости легочной ткани, течения врожденной пневмонии, неврологической симптоматики постгипоксического генеза, морфофункциональной незрелости.

С рождения на НСРАР с параметрами: Респ – 6, FiO2 – 0.4. Грудная клетка расправлена, симметричная, втяжение межреберий. Аускультативно дыхание проводилось по всем полям, проводные и крепитирующие хрипы. Через 3 часа с момента рождения отмечалось нарастание ДН, ребенок переведен на ИВЛ в режиме SIMW с параметрами: PIP-20, Респ-6 VR-55, Tip-0.35, FiO2-0.45. Дыхание аппаратное, равномерно проводилось по всем полям, проводные и крепитирующие хрипы. В дальнейшем состояние оставалось нестабильным и требовалось ужесточение параметров ИВЛ под контролем КОС. На ВЧ ИВЛ находится в течение 85 часов, 05.07.18 переведен на традиционную ИВЛ со снижением параметров. При санации ЭТТ слизистая мокрота в умеренном количестве. Отмечались симптомы инфекционного токсикоза, получал комбинированную АБТ. С рождения отмечалось умеренное угнетение ЦНС (мышечная гипотония, гипорефлексия). В динамике синдром угнетения, в т.ч. медикаментозное.

Геодинамика с рождения стабильная. На фоне ухудшения состояния, нарастания ДН через 19 часов после рождения кардиотоническую терапию. С 06.07.18 гемодинамика стабильная, без кардиотонической поддержки. Диурез соответствовал водной нагрузке, через катетер. Со 2-х суток жизни желтушное окрашивание кожи, получал фитотерапию. Энтеральное питание с 1-х суток.

За время лечения состояние ребенка улучшилось, с 08.07 переведен на поддержку СРАР, экструбирована 11.07.18 и переведена на масочную оксигенацию. 16.07 в возрасте 16 суток переведена для дальнейшего лечения в I неонатологическое отделение ДГКБ им. З.А.Башляевой. Осмотр невролога от 23.07.18 – Гипоксически-ишемическое и геморрагическое поражение ЦНС-II ст., ранний восстановительный период. Синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности на фоне морфо-функциональной незрелости. 25.07.18 на фоне положительной динамики выписана под наблюдение педиатра по месту жительства с диагнозом: недоношенность 34 недели гестации. ПКВ 39 недель. Врожденная пневмония, острая, средней степени тяжести, ДН I ст., церебральная ишемия I ст., синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности, тромбоз левой долевой ветви воротной вены печени, дисфункция ЖКТ, неонатальная желтуха.

Вакцинация в роддоме – медотвод.

НСГ 09.07.18 – Эхопризнаки гипоксических изменений вещества головного мозга, дилатации левого бокового желудочка в задних отделах, нарушения церебрального кровотока, единичной кисты КТВ справа на фоне структурной незрелости.

УЗИ ОБП 09.07.18 – Эхопризнаки единичного включения в левой долевой ветви воротной вены тромб (без нарушения проходимости сосуда).

Детские прививки: индивидуальный график. С 12.2019 по настоящее время – медотвод.

БЦЖ 07.03.19

V3 Пентаксим 16.08.19

Корь+паротит 09.07.19

Гепатит В V3 09.07.19

Превенар V2 12.11.19

Совигрип 12.11.19

С рождения наблюдается неврологом по м/ж по поводу ЗППР. Голову держит с 4-х месяцев, переворачивается с 6-ти месяцев, села и поползла в 9 месяцев, ходит с 1 года и 2х мес. Травм и операций не было. Перенесенные заболевания – частые ОРВИ, осложненные рецидивирующими обструктивными бронхитами. Детскими инфекциями не болела. Также состояла на учете офтальмолога по причине закупорки слезного канала и астигматизм.

В 2 мес получала стационарное лечение в ДГКБ им. З.А.Башляевой с диагнозом ОРВИ, средней тяжести. Острый ларинготрахеит. ДН 1 ст.

В 9 мес. консультация генетика в ДГКБ Морозовская больница – Задержка этапов моторного развития. Данных за хромосомную патологию не выявлено. Кариотип 46,XX – нормальный женский.

В 1 год и 7 мес получила стационарное лечение в ГБУ НПЦ им. Войно-Ясенецкого – Синдром двигательных нарушений, спастический тетрапарез. GMFCS – 5 уровень. Задержка речевого и психического развития. Белково-энергетическая недостаточность 2 ст. Общее состояние средней степени тяжести. Положение пассивное – лежит в кровати. Подкожная жировая клетчатка не выражена. Деформации суставов отсутствуют. Объем активных движений в суставах снижен. Мышцы развиты слабо. Глотание легко нарушено. Стул нерегулярный, запоры. Сознание ясное. Глотание нарушено, ест пюреобразную пищу. Фокация не нарушена. Язык спастичен, в полости

рта. Брюшные рефлексы снижены. Спастический тетрапарез, симметричный. Мышечный тонус спастичен. Сухожильные рефлексы повышены, симметрично справа и слева. Оценка по шкале спастичности Ашворта 2 балла. Функцию тазовых органов не контролирует. Реакция на осмотр негативная, подвижен, совершает движения конечностями. Проведен курс восстановительного лечения и коррекция медикаментозной терапии. Выписана домой на фоне развившегося бронхообструктивного синдрома.

В 1 год 9 мес консультация невролога НПЦ детской неврологии – ДЦП, спастический тетрапарез. Сгибательно-изомоторная установка предплечий. Аффункциональные плечи. Плоско-вальгусные стопы.

В 1 год и 11 мес консультация аллерголога-пульманолога в ГБУ Морозовская больница – Рецидивирующий обструктивный бронхит. Рекомендовано профилактическое лечение с сентября по апрель.

В 2 года и 2 мес получала стационарное лечение в ГБУ Морозовская больница. Острый обструктивный бронхит. ДН 1-2 ст. Бронхиальная астма? ГЭРБ с эзофагитом нижней трети без стеноза и кровотечения. Халазия кардии? Пилороспазм.

В 2 года и 5 мес консультация аллерголога-иммунолога в ДГКБ им. Филатова – Хронический обструктивный бронхит. Риск развития бронхиальной астмы. Порок развития легких? Пилороспазм. Выявлено IgM к Mycoplasma 2.89 (норма до 0.89). Пролечена, показатель пришел к норме. Рекомендована консультация торакального хирурга, наблюдение пульмонолога, диета, соблюдение элиминационного режима.

В 3 года консультация окружного невролога в КДПО им. Башляевой – ДЦП, спастический тетрапарез. GMFCS – 5 уровень. Сгибательно-пронаторная установка предплечья. Плоско-вальгусные стопы. Задержка психо-речевого развития. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Нистагма нет. Глоточный и небный рефлекс живые. Ест не протертую пищу, воду пьет без желания. Язык в полости рта по средней линии. Переворачивается, лучше держит голову, не сидит, не ходит, при тракции пытается группироваться. Объем пассивных движений в полном объеме, в нижних конечностях, в верхних ограничен в меньшей степени. Мышечный тонус изменен по спастическому типу, больше в верхних конечностях. Сгибательно-пронаторные установки в кистях рук. Сухожильные рефлексы с расширением зон, высокие, без выраженной разницы сторон, но преобладанием справа. Патологические рефлексы Бабинского с двух сторон, больше справа. На фоне коррекции терапии отмечается уменьшение тонуса в руках, но при этом при вертикализации усилилось нарастание тонуса с опорой на передние отделы стоп и невозможностью опоры на полную стопу и формированием перекоса. Рекомендована консультация ботулинотерапевта.

В 3 года консультация окружного гастроэнтеролога в КДПО им. Башляевой – ГЭРБ, обструктивные бронхиты, ассоциированные с рефлюксом. Консервативное лечение – Нексиум, вертикализация, смесь повышенного калоража.

Анамнез болезни: Заболела 17.11.19, отмечался кашель, температура 37,2С, самостоятельно давали акалор. 18.11.19 усилился кашель, осмотрена педиатром (диагноз - ОРВИ, обструктивный бронхит), рекомендован пульмикорт, беродуал, акалор и мирамистин. 19.11.19 была вялая, спала, кашель усилился, температура нормальная. К вечеру замечена тяжесть дыхания, одышка. Вызвана бригада СМП, госпитализирована в ДГКБ им. З.А. Башляевой в ОРИТ №2.

С 20.11.19 по 31.12.19 находилась в ДГКБ им. З.А. Башляевой.

С момента поступления в ОРИТ №2 состояние крайне тяжелое за счет выраженной ДН. Ребенок сразу интубирован и переведен на ИВЛ. Ко 2-м суткам развился тяжелый РДСв. 22.11.19 спонтанный правосторонний пневмоторакс на фоне жестких режимов вентиляции (Pin 40 mbar,

Реер 16, FiO₂ 1,0), пневмогидроперитонеум. Проведено дренирование плевральной и брюшной полости. По данным ЭХО - снижение сократительной способности миокарда, клинически прогрессирующее недостаточности кровообращения, начата кардиотоническая и вазопрессорная терапия. В период 22.11-23.11 6 эпизодов остановки кровообращения с нарушениями ритма, проведена СЛР с дефибрилляцией. С конца 2-х начала 3-х суток развивается системная воспалительная реакция и СПОН. На фоне проводимой комплексной интенсивной терапии к 4-м суткам удалось смягчить параметры ИВЛ, улучшилась оксигенация, стабилизировалась гемодинамика. На 7-ые сутки начато полное парентеральное питание. С 8-9 суток начато трофическое энтеральное питание, снята кардиотоническая поддержка. К 12-м суткам, после постепенного снятия седативной терапии, появляются признаки декортикационного синдрома, ребенок консультирован неврологом, проведена коррекция терапии. На 13-е сутки удален дренаж из плевральной полости, на 14-е сутки - из брюшной полости. На 15-е сутки произведена экстубация трахеи и продолжена O₂ терапия через лицевую маску. Начиная с 14-х суток постепенно увеличивается энтеральная квота питания. К 20-м суткам тяжесть состояния обусловлена прежде всего неврологическим дефицитом, с развитием постгипоксической энцефалопатии и декортикационного синдрома. По основным показателям девочка компенсирована. Декортикационный синдром. Афазия. Двигательные нарушения в виде тонического напряжения конечностей, флексия рук. Кашлевой рефлекс незначительно снижен. Глотательный рефлекс удовлетворительный. Сердечно-легочная деятельность стабильная. Живот мягкий. Стул со стимуляцией. Диурез достаточный.

17.12.19 на 24-е сутки переведена в отделение неврологии для дальнейшего лечения. Состояние при переводе средней тяжести, ближе к тяжелому.

Состояние: апаллический синдром. Череп округлой формы. Перкуторно коробочный звук. Взгляд не фиксирует, не прослеживает. Глазные щели D=S. Зрачки округлой формы, широкие OD=OS. Фотореакции ослаблены. Лицо симметрично в покое и при мимических движениях. На громкие звуки реагирует. Нистагма нет. Глоточный и небный рефлекс живые, D=S. Uvula по средней линии. Трофика не нарушена, фибрилляции нет. Плач монотонный, тихий, глотание не нарушено. Голова с наклоном влево. Язык в полости рта, по средней линии. Активные движения отсутствуют. Объем пассивных движений ограничен в верхних конечностях, в нижних - полный. Руки согнуты, приведены к туловищу, стопы ротированы наружу. Мышечный тонус повышен по статическому типу в верхних конечностях D=S, в нижних конечностях ближе к физиологическому D=S, клонусы стоп. Сухожильные рефлексы высокие, с расширением рефлексогенных зон D>S. Чувствительность ориентировочно не изменена. Вегетативно-трофических нарушений не выявлено. Походка - не ходит, при вертикализации опора на мыски.

На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения спастичности в руках, урежения торсионных дистоний.

31.12.19 выписана под наблюдение невролога и педиатра по м/ж с диагнозом:

Гипоксическо-ишемическая энцефалопатия. Спастико-дистонический синдром. Двухсторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. Бронхообструктивный синдром. Осложнения: СПОН; РДСВ, тяжелый. Правосторонний спонтанный пневмоторакс. Пневмогидроперитонеум. НК 3 ст. Остановка кровообращения 22-23.11.19. Отек головного мозга. Острое почечное повреждение. Парез кишечника. Асцит. Тромбоз правой подвздошной вены без нарушения кровотока.

Обследования:

СКТ головного мозга, костей черепа:

06.12.19 – КТ картина атрофических (постгипоксических?) изменений головного мозга с наличием дилатации ликворных пространств.

МРТ головного мозга:

23.12.19 – Желудочки мозга: боковые расширены, ассиметричны (левый больше правого), удлинены их задние рога, третий расширен до 13 мм, четвертый не деформирован, индекс Эванса 0,32. Хиазмальная и обводные цистерны не деформированы. Большая цистерна мозга не увеличена. Конвекситальные борозды углублены, расширена в обоих полушариях. Определяются скопления жидкости по ковексу лобных долей до 13 мм и полюсов височных долей до 3 мм. Щели мозга: латеральные не расширены, симметричные, межполушарная не расширена. Расширение цистерны промежуточного паруса до 10 мм. Киста шишковидной железы 5x9x7 мм, арахноудальная ретроцеребеллярная киста слева 14x6x4 мм. Дополнительных объемных образований в веществе больших полушарий, ствола и мозжечка не выявлено. Мозолистое тело узкое, слабо выражен валик и колено.

ЭЭГ исследование:

24.12.19 – Запись произведена в состоянии пассивного бодрствования с открытыми и закрытыми глазами. Выраженные общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга (преобладает диффузная бета-активность). Зональные различия сглажены. Непостоянная межполушарная асимметрия в височной (теменно-височной) области за счет повышения амплитуды волн слева, в центральной области за счет преобладания медленноволновой активности слева (периодически справа). Признаки дисфункции срединных структур. Типичная эпилептиформная активность не зарегистрирована.

14.06.20 – единичные элементы эпилептиформного характера в передне-центральных отделах, преимущественно левого полушария. Нарушение структуры сна.

ВЭЭГ 13-14.01.21 – фотосенситивная эпилептиформная активность в виде одиночных и коротких групп до 1,5 сек пик, полипик волновых разрядов, диффузных синхронизированных с региональным задневисочно-затылочно-теменным акцентом, альтернирующей латерализации. Но чаще справа. Эпилептиформные разряды носили субклинический характер, возникли в вечерней записи на всех РФС подходах с максимум экспрессии на частоте 18Гц. Походу длительного мониторирования сна типичных эпилептиформных разрядов не отмечалось. Однако настораживали немногочисленные атипичные «эпилептизированные» комплексы с включением пикообразных компонентов в центрально-теменных отделах, бисинхронно а альтернативной латерализации. Также настораживали в плане региональных эпилептиформных включений заостренные полифазные комплексы типа остро-медленных в структуре заостренных тета форм в левой височной области. Миоклонии во время сна расценены как доброкачественные миоклонии сна. Парциальные пробуждения из группы расстройств пробуждения.

Рентгеноскопия и рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием

15.09.2020 – Акт глотания не нарушен. Пищевод эластичный, свободно проходим для бариевой смеси. Рельеф складок слизистой в терминальном отделе утолщен. При проведении водно-сифонной пробы определяется заброс бариевой смеси в в/з пищевода. Желудок с каскадом в положении лежа, с четкими контурами, эластичными стенками, натощак содержит содержимое. Газовый пузырь желудка средних размеров. Рельеф прослеживается, складки в теле продольные. Перистальтика симметричная, средней глубины. Эвакуация из желудка своевременная. Луковица 12-перстной кишки раздражена. кольцо 12-перстной кишки развернуто обычно с неизмененными складками слизистой.

Эзофагогастродуоденскопия

16.09.2020 – просвет сохранен, слизистая пищевода бледно-розовая, тусклая, вблизи кардии линейно гиперемирована, зубчатая линия расположена выше диафрагмального сужения, розетка

кардии плотно не смыкается. Складки кардии продольно утолщены, гиперемированы. В желудке мутное пенистое содержимое, складки тела эластичны, средней высоты, слизистая всех отделов желудка бледно-розовая, привратник спазмирован, в перпилорической области внутрислизистые точечные петехии, луковица ДПК средних размеров, слизистая ее и постбульбарного отдела розовая, ворсинки выражены. Рефлюкс-эзофагит катаральный терминальный, эндоскопические признаки недостаточности кардии.

ПЗВП

23.10.2020 – При бинокулярной регистрации на гомогенное поле ВП хорошо выделяются из фоновой ритмики на структурированный стимул. Сохранены по конфигурации, укорочены по латентности на клетки 60 и 20 угл.мин., снижены по амплитуде. При бинокулярной регистрации на гомогенное поле ВП хорошо выделяются из фоновой ритмики. Сохранены по конфигурации, латентности, снижены по амплитуде. При отдельной регистрации на вспышку света ВП выделяются из фоновой ритмики, сохранены по конфигурации, латентности, снижены по амплитуде OD>OS. Можно говорить о умеренно выраженных органических изменениях на уровне путей OU. По ВП острота зрения бин. Не ниже 0,15.

Осмотр ортопеда от 06.08.21

Общее состояние: удовлетворительное. Функциональный статус: патологий не выявлено. Шея: контуры шеи: симметричны. Грудная клетка: форма: нормальная. Физическое развитие ребенка: плечи: положение: D = S. Лопатки: положение: D = S. Позвоночник: болезненность при пальпации отделов позвоночника: нет, деформация, определяемая при пальпации: нет, объем движений позвоночника: в полном объеме, ось позвоночника: правильная. Кифоз: норма, локализация: грудной отдел. Лордоз: норма. Сколиоз: нет. Осанка: кругло-вогнутая спина. Суставы: локализация: тазобедренный, коленный, другая локализация: разведение в тазобедренном суставе около 55-60 градусов, отмечается разгибательная контрактура в коленных, голеностопных суставах, цвет кожных покровов над суставом: обычной окраски, движения: в полном объеме, ось коленного сустава: правильная. Длины конечностей: длина конечностей: оценка: D = S. Состояние стопы: симметричность: D = S.

Осмотр отоларинголога от 02.07.2021

Осмотр носа: носовое дыхание свободное. Слизистая полости носа розовая, не отечная. Общие и средние носовые ходы свободные. Носовая перегородка по средней линии. Общие данные: осмотр полости рта: слизистая полости ротоглотки не изменена, розовая, влажная. Небные дужки симметричны, розовые. Миндалины не увеличены. Патологического содержимого в лакунах нет. Слизистая задней стенки глотки розовая, влажная. Патологий не выявлено. Mt AD et Mt AS бледные, контуры четкие.

Осмотр хирурга от 01.07.21

Общее состояние: удовлетворительное. Кожные покровы: патологий не выявлено, влажность: нормальная. Подкожно-жировая клетчатка: патологий не выявлено, развитие: умеренно. Суставы: деформированные, ограничение движений: ограничены. Живот: патологий не выявлено, не увеличен, болезненность при пальпации: нет. Пупочное кольцо: не расширено, грыжевое выпячивание: нет. Грыжи: нет. Мочеиспускание: свободно. Стул: регулярный. Патологические примеси: нет.

Осмотр гастроэнтеролога 23.06.21

Общее состояние: удовлетворительное. Кожные покровы: патологий не выявлено, вес 10,400, цвет кожи: бледно-розовый. Склеры: цвет: обычной окраски. Осмотр зубов: налет: отсутствует. Язык: налет: белый, влажный, эрозивно-язвенные образования: нет, размер: в норме. Живот: симметричный, форма: округлая, вздутие: нет. Пальпация: вид пальпации: поверхностная, мягкий. Урчание: нет. Печень: границы: пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка: не пальпируется, стул со склонностью к запорам.

Осмотр офтальмолога 17.06.21

Vis предметное сохранено примерно с 2-3м ;
осмотрена с широким зрачком ;
скиаскопия OU +2,0/+4,0 ;
OU спокойные, свод конъюнктивы век-хемоз, среды прозрачные ;
Dev 0-10° diverg, чаще OS, периодически вертикаль вверх на OD ;
глазное дно-ДЗН бледно-розовый, с четкими контурами, сосуды сужены, сетчатка по альбинотическому типу, без пат. очагов, макулярные рефлексы размыты.

Осмотр невролога 06.06.21

Менингеальных симптомов нет. Взгляд фиксирует, прослеживает, движение глазных яблок в полном объеме. Глазные щели D=S. Зрачки округлой формы, OD=OS. Лицо симметрично в покое и при мимических движениях. Нистагма нет. Uvula по средней линии, глотание не нарушено. Язык в полости рта, по средней линии, спастичен. Трофика не нарушена, фибрилляций нет. Мышечный тонус повышен по спастическому типу в верхних конечностях, в нижних конечностях тонус дистоничный. Сухожильные рефлексы с рук повышены, с ног оживлены и с расширением рефлексогенных зон. Патологический рефлекс Бабинского + с двух сторон. Голову удерживает плохо. Лежа на животе голову поднимает опираясь на локти, не долго может удерживать, может перевернуться на бок, пытается ползти, отталкиваясь ногами. Самостоятельно не переворачивается, не сидит, не встает, не ходит. При вертикализации опора на передние отделы стоп. Игрушки не захватывает, вложенную пару секунд удерживает. Из речи: ке, дзя, агу- редко. Эмоции адресные. Плоско-вальгусные стопы.

Рентгенография тазобедренного сустава в 2-х проекциях. 06.08.21

На рентгенограммах тазобедренных суставов в прямой проекции (стандартная и с отведением бедер) определяется: формирование головок бедренных костей одинаковое, центрация их в вертлужной впадине нарушена, смещена кнаружи, неполное покрытие головок бедренных костей, линии Шентона и Кальве прерывистые. Ацетабулярный угол справа 22 градусов, слева 21 градус, крыши вертлужных впадин ровные. Шеечно-диафизарный угол справа 169 градусов, слева 157 градусов.

Костно-деструктивных изменений не выявлено.

Дисплазия т/ бедренных суставов. Подвывих бедренных костей. 2-сторонняя coxa valga.

Ультразвуковая доплерография в импульсном режиме парных сосудов (артерий или вен) 21.07.21

Справа ОСА ход: прямолинейный, проходима на всем видимом протяжении. Просвет свободный Vps 94см\сек RI-0,71 ВСА - ход прямолинейный, проходима на всем видимом протяжении. Просвет свободный Vps 96мм\сек RI-0,56 НСА ход: прямолинейный, проходима на всем видимом протяжении. Просвет свободный V ps 72см\сек RI-0,75 ПА кровоток антероградный; проходима на всем протяжении, ход- извитой Диаметр 2,8мм ;Vps 61см\сек RI-0,53 Слева ОСА ход: прямолинейный, проходима на всем видимом протяжении. Просвет свободный Vps 97см\сек RI-0,71 ВСА ход: прямолинейный, проходима на всем видимом протяжении. Просвет

свободный Vps 94см\сек RI-0,54 НСА ход: прямолинейный, проходима на всем видимом протяжении Просвет свободный Vps 73 см\сек RI-0,73 ПА кровоток антеградный ; проходима на всем протяжении, ход-извитой Диаметр 2,9мм ; Vps 63см\сек RI-0,53 Подключичные артерии с обеих сторон- кровоток симметричен Диаметр внутренних яремных и позвоночных вен не увеличен кровоток ,фазный

Общая сонная, наружная, внутренняя сонные и позвоночные артерии визуализированы на всем протяжении. Кровоток магистрального типа. Показатели кровотока в пределах нормы

Эхокардиография 14.07.21

Левый желудочек

КДР 30,6 мм КСР 20,4 мм КДО 36,7 мл КСО 13,4 мл УО 23,3 мл ФУ 33,3 % ФВ 63,5 %

Межжелудочковая перегородка толщина 3,8 мм, характер движения правильный

Задняя стенка левого желудочка толщина 4,9 мм

Левое предсердие. Диаметр 18.0 мм

Митральный клапан створки тонкие, подвижные Диаметр кольца 14,5 мм .

Регургитация физиологическая. ГСД 2,6 ммHg

Аорта восходящая 12,3 мм , дуга 11,5 мм перешеек 7,9 мм

Аортальный клапана- 12.1 мм

Трехстворчатый. Створки тонкие, подвижные. ГСД 3,1мм Hg

Правое предсердие .

Диаметр не расширен.

Трехстворчатый клапан створки тонкие, подвижные.

Диаметр кольца 16,5 мм .

Регургитация 1 степени. ГСД 2,0 мм Hg

Легочная артерия 13. мм .

Легочный клапан створки тонкие, подвижные Диаметр кольца 11.8 мм .

Регургитация физиологическая. ГСД 3,4 мм Hg

В полости левого желудочка

Сердце сформировано правильно, размеры полостей и толщина стенок не увеличены, морфология и кинетика клапанов не изменены, сократительная функция и гемодинамика не нарушены, дефекты не лоцируются, давление в системе лёгочной артерии в пределах нормы.

Полость перикарда не расширена.

Ультразвуковое исследование

14.07.21

УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Положение типичное. Форма обычная.

Подвижность долей сохранена.

Контурь чёткие, ровные.

Эхогенность нормальная.

Размеры: объем правой доли : 25-7,1-8=0,7см3

объем левой доли :23-7,5-6,7=0,55 см3.

Общий объем =1,22см3.

Структура однородная, очаговые изменения отсутствуют, узлы не определяются. Региональные лимфатические узлы (боковых поверхностей шеи и подключичные): не увеличены. Кровоток при ЦДК обычный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЭХО-патологии не выявлено.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК.

Почки расположены в типичном месте

правая 60 x 24 мм,

левая 61 x 25 мм,

подвижность в физиологических пределах,

контуры чёткие, ровные,

паренхима структурная, справа 11 мм, слева 11,3 мм, очаговые изменения не выявлены;

чашечки, лоханки, мочеточники не расширены.

ЦДК до капсулы.

В проекции надпочечников объёмные образования не выявлены. Дополнительные образования в забрюшинном пространстве не определяются. Увеличенные лимфатические узлы вдоль аорты и нижней полой вены не выявлены

ЭХО-патологии не выявлено. Очаговой и диффузной эхо-патологии щитовидной железы не выявлено.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости 14.07.21

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Печень не увеличена: правая доля 74 мм, левая доля 48 мм, индекс I сегмента не более 30%;

контуры чёткие, ровные, эхогенность нормальная, структура паренхимы однородная, очаговые

изменения не выявлены, сосудистый рисунок без особенностей, воротная вена 4,6 мм;

внутри- и внепечёночные протоки не расширены, холедох 1,8 мм.

Желчный пузырь 47 x 11 мм, содержимое прозрачное.

Поджелудочная железа 9 x 9 x 10 мм, эхогенность нормальная, эхоструктура

однородная,

очаговые изменения не выявлены, вирсунгов проток не расширен.

Селезёнка 62 x 28 мм, эхогенность нормальная, структура однородная, очаговые изменения

не выявлены,

добавочная доля: нет.

Кровоток в системе воротной вены не изменён. Аорта N мм, НПВ N мм.

Свободная жидкость в поддиафрагмальных пространствах, мезо- и гипогастрии не определяется.

Мезентеральные л/у не увеличены

Очаговой и диффузной эхо-патологии не выявлено.

ЭКГ (в 12-ти отведениях) 2-3-канальным электрокардиографом 30.06.21

PQ (ms) = 120

QRS (ms) = 60

QT (ms) = 260.

угол альфа = гр.

ЧСС = 88 -125 уд. в мин..

Синусовая аритмия . ЧСС = 88-125 уд. в мин. Нормальное положение электрической оси сердца

Пройденная реабилитация:

18.06.2020-08.07.2020 - ГБУ НПЦ МСРИ им. Швецовой

27.07.2020-07.08.2020 - ЦРАФ «Вместе с мамой»

05.10.2020-19.10.2020 - ГБУ НПЦ МСРИ им. Швецовой

23.11.2020-18.12.2020 - НФ «Центр лечения и реабилитации больных детским церебральным параличом»

22.03.2021-02.04.2021 - ГБУ НПЦ МСРМ им. Швецовой

И.А. Семенов 2021 г.

Лечащий врач

