



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
"РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА"  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ул. Островитянова, дом 1. г. Москва, 117997  
ИНН 7728095113 | КПП 772801001 | ОГРН 1027739054420

Тел. +7 495 434 0329 | Факс +7 495 434 6129  
E-mail: rsmu@rsmu.ru

ОБОСОБЛЕННОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ "РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"  
(РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Ленинский проспект, д. 117  
г. Москва, 119571

Тел. +7 495 434 1177 | Факс +7 495 935 6118  
E-mail: clinika@rdkb.ru

Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного

Пациент Макеев Пётр Алексеевич, номер мед. карты 14821-с, возраст 9 лет (26.09.2011 г.)

Ребенок-инвалид, адрес регистрации: РОССИЯ, Московская обл, Наро-Фоминский р-н, Апрелевка г, у

Ребенок находился на лечении в нейрохирургическом отделении РДКБ  
с 02.11.2020 г. по 23.11.2020.

**Клинический диагноз:** G 80.8 Врожденный порок развития ЦНС с тяжелыми двигательными нарушениями. Q 05.2 Spina bifida поясничного отдела с гидроцефалией. Состояние после пластики спино-мозговой грыжи, устранения фиксации спинного мозга. Нижний вялый парапарез. Дисфункция тазовых органов. Структурная фокальная эпилепсия. Задержка психоречевого развития. Расстройство аутистического спектра. Синдромальная генетическая патология?  
**Сопутствующий диагноз:** Крипторхизм справа. Гиподисплазия правого яичка.

**Жалобы:** на ограничение объема активных движений в нижних конечностях, нарушение функции тазовых органов, нарушение психоречевого развития, особенности коммуникации, приступы ознобободного гиперкинеза на фоне внезапных повышений температуры тела до 40 градусов, сопровождающиеся обмяканием и затруднением дыхания, частотой 1 раз в 6 мес..

**Анамнез :** Ребенок от 2 беременности срочных оперативных родов. С рождения выявлена спино-мозговая грыжа поясничного отдела позвоночника. В возрасте 2 суток оперирован в НПЦ Медицинской помощи детям - иссечение менингомиелорадикулцеле пояснично-крестцовой области. В последующем наблюдался неврологом, ортопедом. В 2012 году - удлиняющая пластика ахиллова сухожилия с двух сторон. В июле 2013 в НИИ им. Турнера - устранение фиксации спинного мозга. 2014 г - остеотомия костей таза по Солтеру., затем остеотомия костей таза по Пембертону справа и деторсионно-варизирующая остеотомия правого бедра, субспинальная миотомия справа. Так же находился под наблюдением уролога по поводу нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. В настоящее время находится на периодической катетеризации. Неоднократно проводились курсы восстановительного лечения. При консультации нейрохирурга РДКБ с данным МРТ от 2017 года определены показания к госпитализации в нейрохирургическое отделение РДКБ по поводу натяжения спинного мозга для дообследования и проведения оперативного лечения. Учитывая данные МРТ, неврологического статуса пациента, проведение повторного оперативного вмешательства, направленного на устранение фиксации спинного мозга, представляется малоэффективным. Целесообразно воздержаться. Проведен курс прикладной кинезотерапии по методу Войта, лечебной гимнастики MOTOMED.

В 4.5 года – атипичные фебрильные судороги – гипомоторные с остановкой дыхания. Частота 1 раз в 6 месяцев

20.12.2018г. - во время прохождения курса реабилитации был вегетативный приступ с подъемом температуры – жалобы, рвота, далее задержка дыхания, затем заведение головы и вверх и снижение тонуса в руках и ногах до 4 минут, в/м был введен диазепам, температуры поднялась до 40С. После купирования судорог больше повышения температуры не было, катаральных нарушений не было. С

марта 2019 года получает препарат кеппра, в настоящий момент доза 1000 мг в сутки.  
ВЭЭГ от 11.09.2018г. – эпилептиформная активность в правой височно-центральной области.  
ВЭМ от 07.01.2019г. – правая височно-лобная область и левая лобно-центрально-теменная область с диффузным распространением.  
ВЭМ от 15.03.2019г. – эпилептиформная активность в левой лобно-центрально-теменной области + диффузные разряды  
ВЭМ от 20.06.2019г. – эпилептиформная активность лобно-центрально-височных отделах, с акцентом слева в виде комплексов сгруппированных острых волн, или изолированных комплексов острая-медленная волна, амплитудой 50-100 мкВ, временами напоминающих ДЭНД, варьируя с индексом представленности до 10 %.  
Получает кеппру 1000 мг в сутки, зонегран 150 мг в сутки. На этом фоне количество и продолжительность приступов сохраняется прежней.

**МРТ головного мозга от 18.06.2019г.:** Состояние после анамнестического оперативного лечения спинномозговой грыжи. Со стороны головного мозга:

- каудальная дистопия миндалин мозжечка ниже БЗО до 9мм;
- киста 3-го желудочка, распространяющаяся в область намета мозжечка;
- гиперпульсация в водопроводе мозга;
- вентрикуломегалия при субкомпенсированной ликвородинамике;
- мелкокистозно расширены периваскулярные пространства в белом веществе больших полушарий и ствола;
- гипопластичен полюс левой височной доли и расширение наружных арахноидальных пространств у его верхушки;

Мозолистое тело сформировано правильно.

**Со стороны всего длинника позвоночника и спинной хорды:**

- неполный блок С2-С3 позвонков;
  - дефект задней стенки позвоночного канала на L3-S1;
  - спинная хорда фиксирована в позвоночном канале на уровне L5-S1, вероятно спаечными постоперационными изменениями;
  - терминальная дифференцировка практически отсутствует
  - поясничный лордоз утрирован;
- Центральный канал спинной обычной ширины.

**Генетическое обследование:**

- ан. крови методом ТМС - без патологии,
- энзимодиагностика - активность измеренных лизосомных ферментов в пределах референсных значений.

Поступает в РДКБ планово, с целью проведения динамического наблюдения и дообследования.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:**

В сознании. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Множественные стигмы дизэмбриогенеза. Зрачки симметричны, фотореакция удовлетворительная. Подвижность глаз полная.

Лицо симметрично, язык средней линии. Бульбарных нарушений нет. Мышечный тонус в руках физиологичен, в ногах гипотония. Сухожильные рефлексы на руках вызываются, симметричные, коленные живые, снижены, без четкой разницы сторон, ахилловы арефлексы.

Стоит в таторах. Нарушение функции тазовых органов. Экспрессивная речь - звуки, эхолалия.

Импрессивная речь - показывает части тела, предметы, некоторые буквы, цифры. Смотрит в глаза.

Коммуникация в основном с помощью жестов и звуков. Аутистичное поведение.

В отделении проведено **обследование:**

1. 05.11.2020

**Магнитно-резонансная томография с возм. анестезии**

Исследование в импульсных последовательностях – в T1 и T2 взвешенном изображении, FatSat в аксиальной, коронарной и сагиттальной проекциях.

**Со стороны поясничного отдела позвоночника :**

- дефект задней стенки позвоночного канала на L3-S1;
  - спинная хорда фиксирована в позвоночном канале на уровне L5-S1, вероятно спаечными постоперационными изменениями;
  - терминальная дифференцировка практически отсутствует
  - поясничный лордоз утрирован, горизонтальная ориентация оси крестцовых позвонков
- Центральный канал спинной обычной ширины.

Относительно исследования от июня 2019г — без динамики.

2. 10.11.2020

### **Компьютерная электроэнцефалограмма в кабинете**

По данным КЭЭГ в состоянии бодрствования региональная, диффузная и генерализованная эпилептиформная активность не выявляется. Регистрируются умеренные общемозговые изменения б.э.а. в виде неустойчивого альфа-ритма, частотой 8-9 Гц, амплитудой 30-65 мкВ, невысокого индекса, дезорганизованного медленными формами активности тета-диапазона, отдельными дельта-колебаниями низкой амплитуды, с преобладанием в передних отведениях, без формирования продолженных замедлений и амплитудных акцентов. Бета-колебания регистрируются в височных и лобных отделах, до 10 мкВ. Зональный градиент сформирован правильно, временами сглажен. Реакция активации определяется. Проба с РФС в широком диапазоне частот без провокации фотопароксизмального ответа, отмечается нестойкая реакция следования ритмики на частотах 8-15 Гц, навязывания ритма световых мельканий не определяется. Фотопароксизмальный ответ отсутствует. Проба с HV-нагрузкой не проведена (ребенок отказывается выполнять инструкции). Эпилептических приступов, икталных ЭЭГ-паттернов в ходе настоящего исследования не фиксировалось. Устойчивые очаговые нарушения б.э.а. и межполушарная асимметрия в настоящее время не отмечаются.

3.10.11.2020

### **Видео-ЭЭГ-Мониторинг дневного сна**

По данным проведенного видео-ЭЭГ-мониторинга дневного сна сон модулирован, с преобладанием поверхностных стадий, физиологические сонные паттерны определяются. В бодрствовании выявляются умеренные общемозговые изменения б.э.а. в виде неустойчивого и немодулированного альфа-ритма, частотой 8-9 Гц, амплитудой 30-65 мкВ, дезорганизованного диффузными медленными формами активности, преимущественно, тета-диапазона, с преобладанием в передних отведениях, амплитудой до 40 мкВ, бета-колебания регистрируются в переднелобных и височных отделах до 10 мкВ. Зональный градиент сформирован. Реакция активации выражена отчетливо. Признаков эпилептиформных изменений по ходу бодрствования нет. На фоне дремотного состояния (1 стадия NR-сна), нарастает индекс диффузных медленных веретенообразных тета-колебаний, отдельных дельта-волн на фоне разрушения ритмов бодрствования. В лобных, лобно-височных отделах, с акцентом слева регистрируются сгруппированные по 2-е низкоамплитудные острые волны 40-70 мкВ. Индекс низкий. По мере углубления и перехода в 2 стадию NR-сна отмечается появление К-комплексов - поли-двухфазных колебаний, диффузных или акцентированных в лобно-центрально-теменных отделах полушарий, амплитудой до 170 мкВ, в сочетании с синхронизированными бета-колебаниями, частотой 11-12 Гц, амплитудой 30-50 мкВ ("сонные веретена"), с преобладанием в передних лобно-височных отделах полушарий. В затылочных отделах регистрируются пробеги монофазных колебаний по типу POST. Глубокий сон дефицитарный.

Пробуждение самостоятельное - без провокации пароксизмальных проявлений. Картина ЭЭГ идентична по своим амплитудно-частотным характеристикам до засыпания. Эпилептических приступов, икталных ЭЭГ-паттернов в ходе настоящего мониторинга не было. Данных за наличие продолженной региональной, диффузной и генерализованной типичной эпилептиформной активности в настоящее время нет.

4.11.11.2020

### **Электромиография (поверхностная и стимуляционная (ЭНМГ))**

По данным ЭНМГ:

n. peroneus dex, L5-S1 (m. extensor digitorum brevis, m. tibialis anter).

М-ответ не вызывается (норма min 3 мВ).

n. peroneus sin, L5-S1 (m. extensor digitorum brevis, m. tibialis anter).

М-ответ не вызывается (норма min 3 мВ).

n. tibialis dex, n. tibialis sin, L5-S1 (m. abductor hallucis, m. gastrocnem).

М-ответ не регистрируется (норма min 3 мВ).

n. suralis dex, sin S1-S2.

ПД не регистрируется (норма min 10 мкВ).

n. femoralis dex, L2-4 (m. vastus medial).

Амплитуда М-ответа: 0,2-0,1 мВ (норма min 3 мВ).

Латенция 4,9-6,2 мс (норма 3,5-5,5)

n. femoralis sin, L2-4 (m. vastus medial).

Амплитуда М-ответа: 0,2-0,3 мВ (норма min 3 мВ).

Латенция 4,9-5,7 мс (норма 3,5-5,5)

F-волна.

n. tibialis (L4-S3), n. peroneus (L4-S2).

не регистрируется.

порог вызывания М-ответов и ПД максимальный.

n. medianus dex, C6-T1 (Abductor pollicis brevis).

Амплитуда М-ответа: 3.0 ; 3.4 ; 4.7 мВ (норма min 3.5 мВ).

СРВ по сегментам: 50 ; 62 м/с (норма скорости 50-75 м/с).

n. medianus sin, С6-Т1 (Abductor pollicis brevis).

Амплитуда М-ответа: 5.4 ; 6.5 ; 7.9 мВ (норма min 3.5 мВ).

СРВ по сегментам: 57 ; 67 м/с (норма скорости 50-75 м/с).

F-волна.

n. medianus dex (С6-Т1).

реализация 98 %.

гигантских волн, высокой синхронизации нет.

амплитуда F-волны (100-330 мкВ).

СРВ средняя - 50 м/с (норма 48.6-66.0 м/с).

При глобальной ЭМГ с симметричных мышц нижних конечностей в покое спонтанная активность переднерогового и денервационного типа не определяется, при тонических пробах - переднероговая активность с мышц голени и стоп в виде потенциалы фасцикуляций. При напряжении произвольной активности нет, при пассивных движениях - разреженная активность 30-60 мкВ с мышц бедер, с мышц голени и стоп - уровень шума.

Заключение: по данным ЭНМГ выявляются грубые изменения мышечного электрогенеза по переднероговому и денервационному типу на уровне поясничного-крестцового утолщения, с акцентом L5-S1, полный блок проведения nn. peroneus, nn. tibialis, частичный - n. femoralis, аксонопатия n. medianus dex.

5. **Уродинамическое исследование** - у ребенка на фоне приема везикара выявлен арефлекторный мочевого пузырь с сохраненной резервуарной функцией. Сфинктерная недостаточность 1-2 ст..

Самостоятельное мочеиспускание не получено.

6. 18.11.2020

#### **УЗИ почек + надпочечников**

##### **+УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи**

ПОЧКИ топография не изменена

Размеры не увеличены

ПРАВАЯ 89 x 40 ( 12) мм

ЛЕВАЯ 92 x 46 ( 14) мм

КОНТУРЫ ровные, четкие

ПАРЕНХИМА кортико-медуллярная дифференцировка сохранена

ЭХОГЕННОСТЬ не изменена

При ЦДК кровоток определяется до капсулы обеих почек

ЧЛС: стенки утолщены, слева "слоистые", неравномерно уплотнены

справа лоханка 13 мм (в поперечном диаметре), в/чаш. 6 мм, н/чаш. 6 мм, не прослеживается

слева лоханка 10 мм (в поперечном диаметре), в/чаш. 6 мм, н/чаш. 7 мм, мочеточник в

прилоханочном отделе 7 мм, в верхней 1/3 7 мм, далее не прослеживается

мочеточник не прослеживается

Мочевой пузырь умеренно выполнен, объем 70 мл

стенка не утолщена

внутренний контур четкий, ровный

содержимое гомогенное, анэхогенное

мочеточники не прослеживаются

После микции остаточной мочи 7 мл мочеточники не прослеживаются

справа лоханка 12 мм, в/чаш. 4 мм, н/чаш. 5 мм,

мочеточник не прослеживается

слева лоханка 9 мм, в/чаш. 4 мм, н/чаш. 4 мм,

мочеточник в прилоханочном отделе 7 мм, в в/з 8 мм, далее не прослеживается

7. 18.11.2020

#### **УЗИ мошонки**

ТЕСТИКУЛЫ расположены левое у входа в мошонку, правое у внутреннего отверстия пахового канала (?):

Правое яичко 18 x 11 x 15 мм, объем 1,5 куб.см с нечеткими контурами, бесструктурное образование. Средостение отчетливо не виз-ся. Эхогенность снижена

Левое яичко 16 x 7 x 11 мм., объем 0.64 куб.см

В мошонке свободная жидкость не определяется

Структура левого яичка однородная, эхогенность средняя

очаговых образований не визуализируется

Справа головка придатка 6 х 6 мм, однородный

Слева головка придатка 7 х 6 мм, (?). Контур нечеткие

Паховые каналы не расширены

8. 18.11.2020

### Нейропсихологическая диагностика

Субъективно, состояние за последние 1,5 года с положительной динамикой в общении со сверстниками, заинтересованности в деятельности.

Обучается в общеобразовательной школе по программе 6.2.

Мальчик вступает в контакт. Глазной контакт поддерживает. Поведение с пассивным негативизмом. Эмоционально лабилен. Избирательно интересуется стимульным материалом. Инструкции выполняет избирательно. Внимание произвольно сосредотачивается и переключается.

Называет и показывает отдельные предметные изображения.

Снижен объем непосредственной слухоречевой памяти. Проба на зрительную память недоступна.

Копирует простейшие рисунки.

Экспрессивная речь на уровне отдельных слов, словосочетаний, с эхолалиями, стереотипами.

Таким образом, состояние соответствует психическому недоразвитию у ребенка с умеренным когнитивным дефицитом.

В сравнении с результатами предыдущего обследования (19.06.19), состояние с положительной динамикой в области праксиса. Показывает части тела, предметы, знает буквы и цифры.

Рекомендации: систематические занятия с дефектологом по м/ж.

9. Уролог - диагноз: Крипторхизм справа. Гиподисплазия правого яичка. Рекомендовано:

- прием везикара по 5 мг утром продолжить,
- 8 лубрицированных катетеров и 5 памперсов в день.
- ребенку со сниженным объемом арефлекторного мочевого пузыря, тотальным недержанием мочи показана аугментация мочевого пузыря с пластикой шейки м.к. и формированием удерживающей стомы.

Лечение: леветирацетам (кепра), зонисамид (зонегран), кинезотерапия.

На фоне лечения состояние с положительной динамикой в виде увеличения мышечного тонуса в ногах, увеличения объема активных движений в ногах.

Выписывается домой под наблюдение невропатолога, педиатра по месту жительства.

Контактов с инфекционными больными в отделении не было.

Результат лечения: улучшение

### РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Продолжить прием Кеппра по 500 мг х 2 раза длительно. С учетом хорошей переносимости терапии не рекомендован переход на аналоги!
2. Продолжить прием зонисамид по : 150 мг на ночь длительно,
3. При повторных приступах с повышением температуры тела до фебрильных цифр - общ. ан.мочи и посев мочи на высоте лихорадки,
4. Солифенацин ( везикар) по 5 мг утром продолжить,
5. 8 лубрицированных катетеров и 5 памперсов в день,
6. Ан.крови на кариотип,
7. Конс.генетика ( МГНЦ),
8. В плане - проведение NGS диагностики после консультации генетика.

Повторная госпитализация во 2 хирургическое отделение для проведения энтероцистопластики 7.04.2021 г. по ОМС.

Пациент (законный представитель пациента) ознакомлен со всеми пунктами выше указанных рекомендаций, которые обсуждены совместно с лечащим врачом.

По уходу за ребенком выдан листок нетрудоспособности № 384 766 592 619 с 04.11.2020г. по 23.11.2020 г.

К труду 24.11.2020 г.

Пациент (законный представитель пациента) осведомлен о том, что не все рекомендованные

лекарственные препараты входят в список для льготного обеспечения. Пациент (законный представитель пациента) предупрежден о том, что наличие в выписном эпикризе рекомендации о решении вопроса о направлении пациента на медико-социальную экспертизу по месту жительства не является обязательным для исполнения врачебной комиссией медицинского учреждения, к которому прикреплен пациент.

И.о. зав. отделением:

Васильев И.Г.

Лечащий врач:

Рассказчикова И.В.





**ЦЕНТРАЛЬНАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА  
С ПОЛИКЛИНИКОЙ**

121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко, дом 15;  
телефоны: колл-центр (495) 530-01-11; факс (499) 140-42-50;  
Web: <http://www.echp.ru> E-mail: [ekbudprf@mail.ru](mailto:ekbudprf@mail.ru)

Нейрохирургическое отделение

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

ФИО пациента	Макеева Екатерина Александровна
Год рождения (возраст)	07.09.1980 г. (37 лет.)
История болезни №	35419-17
Поликлиника	прочая
Поступил	08.11.2017
Выписан	27.11.2017
Проведено к/дней	18

**Клинический диагноз:** Интрамедуллярная эпендимома на уровне С3-С5.  
Асимметричный тетрапарез.

**Жалобы при поступлении**

На выраженную слабость в конечностях, головную боль, осиплость голоса.

**Анамнез**

Со слов пациентки, в 2000 году неосложненная ПСМТ – переломовывих зубовидного отростка С2. В 2001 и 2015 гг родоразрешение путем Кесарева сечения. В 2010 году по результатам планового МРТ исследования, выявлено интрамедуллярное объемное образование на уровне С4-С5. Учитывая отсутствие клинических проявлений, оперативное вмешательство не предлагалось. Резкое ухудшение состояния 26 октября сего года в виде появления интенсивной головной боли, слабости в конечностях, более выраженной в левой руке. По результатам предоставленного, контрольного МРТ исследования с контрастным усилением выраженная отрицательная динамика выявленного ранее образования в виде увеличения размеров солидного компонента опухоли на уровне С4-С5 с формированием полярных кист С3-С6, нарастания отека, нарушения ликвороциркуляции по САП на данном уровне. В неврологическом статусе, асимметричный тетрапарез, более выраженный в руках дистально. Учитывая данные МРТ, речь вероятнее всего идет о эпендимоме указанной локализации. Также выявляется aberrantная вена в левой теменной доле. Госпитализирована в нейрохирургическое отделение ЦКБ для оперативного вмешательства. Отмечает

непереносимость новокаина

**Клиническая картина  
заболевания**

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. АД 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот безболезненный, участвует в акте дыхания. Диурез в норме. В ясном сознании. Зрачки равные. Фотореакция живая. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Дисфония. Движения в конечностях в полном объеме. Сила в верхних конечностях 4 балла (более выражено проксимально слева). Тонус в нижних конечностях повышен по пирамидному типу. Сухожильные рефлексы оживлены  $S > D$ . Парестезии в зоне С7 дерматома справа. Глубокая чувствительность не нарушена. Координаторные пробы выполняет с грубой интенцией

**РГ органов грудной  
клетки**

Свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

**RW, ВИЧ, HbS-Ag,  
Anti-HCV total**

Отр.

**Ход лечения**

09.11.2017 произведено оперативное вмешательство: **Удаление интрамедуллярной опухоли на уровне С3-С5.** Послеоперационный период протекал спокойно. В неврологическом статусе усугубление проводниковых расстройств в виде нарастания слабости в конечностях, больше в руках дистально с тенденцией к регрессу на фоне проводимой терапии. Осмотрена реабилитологом. Проведен курс ЛФК. Активизирована. Передвигается по отделению с поддержкой. Плановое уменьшение с последующей отменой противоотечной гормональной терапии.

**Местно:** Швы внутрикожные. Рана без признаков воспаления. Отмечен однократный эпизод ликвореи из верхней трети раны, потребовавший наложения единичного шва (снят 27.11.2017).

**Гистологический диагноз**

Биопсия № 14033 - Морфологическая картина соответствует эпендимоме WHO grade II.

**Заключение**

Курс лечения в отделении нейрохирургии завершен. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписывается домой под наблюдение невролога поликлиники по месту жительства. В дальнейшем категорически запрещено проведение физиотерапевтических процедур на область головы и шеи.

**Рекомендовано**

- Церебро 400 мг х 3 раза в день два месяца
- Нейромидин 1 таб х 2 раза в день (не позднее 15:00!) один месяц
- Продолжение ЛФК
- Освидетельствование МСЭК на предмет оценки степени нетрудоспособности.
- Контрольное МРТ исследование ШОП с контрастным усилением через четыре месяца с последующей консультацией нейрохирурга

Лечащий врач

/ Реутов А.А.

Зав. отделением

/ Мышкин О.А.