ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
119991 г.Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1, тел. (495) 967-14-20; www.nczd.ru

Выписной Эпикриз от 11.05.2018

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 6787/18
АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА № 7546/18А

ФИО	**Михайлова Анастасия Алексеевна**		
Возраст	**9 лет 3 мес**	Дата рождения	**21.01.2009**
Адрес	**РФ, Саратовская область, ;, г. Маркс,**		
Находился в отделении	**Отделение диагностики и восстановительного лечения детей с психоневрологической патологией (24) тел. (499) 134-01-69**		
Период пребывания	**с 03.05.2018 по 11.05.2018**		
Клинический диагноз: Основной	**Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез. GMFCS V. MACS IV.**		
Сопутствующий	**ЧАЗН обоих глаз. Общее недоразвитие речи 1 уровня. Сгибательно - пронаторная установка рук. Подвывих головки правого бедра. Плоско - вальгусная деформация стоп.**		

Листок нетрудоспособности № 312347857992 представителя пациента Михайлова Н.А.
Дата выдачи листа нетрудоспособности 03.05.2018, дата выписки к труду 12.05.2018

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

на задержку моторного и психоречевого развития, паталогические установки конечностей, деформацию стоп, нарушение сна

АНАМНЕЗ

Ребенок от 3-ей беременности (1-я 2003 г кесарево сечение - крупный плод, 2- я 2005 м/а), протекавшей физиологически, экстренное кесарево сечение на 33 нед несостоятельность рубца на матке. Вес при рождении 1870 гр рост 43 см, По шкале Апгар 6/6 баллов, на ИВЛ в течении 4-х суток. В возрасте 26 дней переведена в ДБ с диагнозом: Последствия гипоксически - геморрагического поражения ЦНС, ПВК 2 степени с обоих сторон, синдром двигательных нарушений. Недоношенность 33 нед.

Наблюдалась неврологом по месту жительства, диагноз ДЦП установлен в возрасте 1 года.

С 2 лет появились жалобы на эпизоды вздрагивания во время засыпания, выставлен диагноз: Симптоматическая эпилепсия. В терапии получала топомакс, депакин хроносфера без эффекта. Терапия отменена родителями самостоятельно в возрасте 8 лет. Судороги мама отрицает. Однако отмечаются подергивания во время засыпания.

По данным ЭЭГ от 01.18.регистрируется эпилептиформная активность в левой затылочно - височной области и правой теменно -центральной височной области без генерализации. Индекс 20-40 %.

По данным МРТ от 2015 г: умеренная смешанная замещительная гидроцефалия, признаки перивентрикулярной лейкомаляции с преимущественным поражением белого вещества головного мозга.

Ранее развитие : голову держит с 5 лет, переворачивается с 2,5 лет, пытается ползти.

Регулярно получает курсы реабилитационного лечения в РЦ " Детство", ДПНБ №18.

В марте 2017 года однократно проведена ботулинотерапия препаретом Диспорт в суммарной дозе 500 Ед(25 ед/кг) в мышцы ног

и рук, со слов мамы отмечалась слабость, ухудшилась опора на ноги.

В предоставленных общем анализе крови и мочи показатели в пределах нормы.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Менингеальной и общемозговой симптоматики на момент осмотра нет. На осмотр реагирует, спокойно. Внимание привлекается условно, удерживается кратковременно. Активная речь: отдельные звуки, периодически с модулированной интонацией.

ЧН: взгляд фиксирует, прослеживает. Глазные щели D=S. Зрачки округлой формы, D=S. Реакция зрачков на свет (прямая, содружественная) живая. Нистагма нет. Сходящийся страбизм.Тригеминальные точки безболезненные. Лицо асимметричное, гипомимичное. Глоточные рефлексы живые. Жевания не нарушено. Uvula по средней линии, язык в полости рта.

Двигательная сфера: голову держит неуверенно, переворачивается, пытается ползти. Мышечный тонус тонус повышен по спатическому типу, в руках выше чем в ногах. Сгибательно - пронаторная установка рук, формирование контрактур. Хамстринг синдром. Плоско - вальгусная деформация стоп. Симптом Бабинского - положительные с обеих сторон. Сухожильные рефлексы высокие с рук и ног, с расширением рефлексогенных зон, D=S. Координаторные пробы не выполняет. Захват игрушек без выраженной интенции. Чувствительность ориентировочно сохранена. Тазовые функции: периферические не нарушены, центральный контроль не сформирован. Эпизодов замираний, судорог при осмотре не отмечалось.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Совместный осмотр с заведующим отделением, к.м.н. Мамедъяровым А.М. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,7 ° С. Положение вынужденное. Вес 22 кг. Рост стоя 140 см. Состояние питания понижено. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, чистые от элементов инфекционной сыпи.. Слизистые оболочки чистые. Зев, миндалины: розовый. Подкожная клетчатка Развита незначительно, распределена симметрично, отёков нет. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: островоспалительных изменений нет. Мышцы, суставы: мышечный тонус изменен по спастическому типу в руках и ногах. Органы дыхания: носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Органы кровообращения: область сердца визуально не изменена. тоны сердца звучные, ритмичные. Органы пищеварения: Аппетит сохранён. Язык розовый, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не увеличена, край эластичный, безболезенный.Селезёнка не пальпируется. Стул хронические запоры. Мочеполовая система: По женскому типу, дизурии нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. Видео-ЭЭГ мониторинг 04.05.2018

Описание: Описание ЭЭГ бодрствования

В бодрствовании во всех отделах преобладает низкоамплитудная, быстроволновая, дизритмичная активность, со сглаженным амплитудным градиентом (основной ритм не зафиксирован). Бета-активность умеренно усилена в лобно-центральных отделах (D>S), частотой 14-18 Гц, амплитудой 30-50 мкВ, периодически масикруется миографическими артефактами.

Медленноволновая активность представлена нечастыми одиночными и сгруппированными по 2-3 колебания тета-потенциалами во всех отделах, амплитудой 30-50 мкВ.

На этом фоне регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность в виде острых потенциалов, комплексов острая волна – медленная волна в следующих отделах:

- в правых центрально-теменно-височных отделах, с вовлечением вертексного региона, с редким распространением на гомологичные отделы противоположного полушария,
- в левых лобно-центрально-височных отделах,
- в левых теменно-затылочно-задневисочных отделах, с распространением на гомологичные отделы правого полушария,
- независимо в правом затылочном отделе.

Индекс

представленности данной активности до 10-30%.
Ритмичная фотостимуляция в диапазоне частот от 3 до 30 Гц фотопароксизмальную активность и чётких реакций усвоения ритмов не вызвала.
Описание ЭЭГ физиологического сна
При засыпании исчезают миографические артефакты, отмечается постепенное нарастание индекса представленности медленноволновой активности и непостоянное усиление бета-активности.
Появление фронто-центральных вспышек сигма-волн, частотой 12-14 Гц, амплитудой 40-60 мкВ (веретён сна) и диффузных полифазных (чаще дифазных) медленноволновых потенциалов, амплитудой 250-400 мкВ (К-комплексов) свидетельствует о наступлении второй стадии сна.
По мере углубления сна в третью стадию нарастает индекс представленности дельта-активности (до 70-90% записи), с ослаблением межзональной дифференцировки и менее выраженными коррелятами второй стадии сна.
На этом фоне регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность в виде острых потенциалов, комплексов острая волна – медленная волна в следующих отделах:
- в правых центрально-теменно-височных отделах, с вовлечением вертексного региона, с редким распространением на гомологичные отделы противоположного полушария,
- в левых лобно-центрально-височных отделах,
- в левых теменно-затылочно-задневисочных отделах, с распространением на гомологичные отделы правого полушария,
- независимо в правом затылочном (с вовлечением теменно-задневисочных) отделе.
Амплитуда острых потенциалов составляет 100-200 (иногда до 300) мкВ, индекс представленности в среднем 40-70%.
Указаний на клинически значимые события не было, видеофайл – без особенностей.;
Заключение: Основной ритм не зафиксирован, паттерн ЭЭГ бодрствования по амплитудно-частотным характеристикам соответствует возрасту. Ритмичная фотостимуляция фотопароксизмальную активность не вызвала.
Сон дифференцируется от бодрствования, модулирован по стадиям. Межзональная дифференцировка сохранена, периодически ослаблена. Корреляты сна сформированы.
На этом фоне в бодрствовании и во всех стадиях сна регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность в виде острых потенциалов, комплексов острая волна – медленная волна в следующих отделах:
- в правых центрально-теменно-височных отделах, с вовлечением вертексного региона, с редким распространением на гомологичные отделы противоположного полушария,
- в левых лобно-центрально-височных отделах,
- в левых теменно-затылочно-задневисочных отделах, с распространением на гомологичные отделы правого полушария,
- независимо в правом затылочном (с вовлечением теменно-задневисочных) отделе.
Индекс представленности эпилептиформной активности вышео во время сна, достигает 40-70%.;

2. Рентгенография костей таза и тазобедренных суставов 04.05.2018

Вид исследования: цифровая рентгенография; Проекция: прямая проекция; На рентгенограмме кости таза и тазобедренные суставы расположены: ассиметрично; Мягкие ткани: не изменены.; На фоне малого таза тени флеболитов: нет; Тазобедренные суставы: Изменены; Крыши вертлужных впадин сформированы: правильно; контур вертлужной впадины: Справа четкий; ровный; Слева: четкий; ровный; контуры их с субхондральным уплотнением: умеренным; Размеры головок бедренных костей: Справа 33,2x15,1 мм; Слева 33,8x15,2 мм; Контуры головок бедренных костей: Справа четкие; ровные; Слева: четкие; ровные; не уплощены(о) с двух сторон; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: рентгенологические признаки coxa "valga" с двух сторон подвывих тбс справа;

3. Рентгенография общий 10.05.2018

Контрастное усиление не проводилось; Область исследования стопы; Вид исследования цифровая рентгенография; Проекция рентгенограммы прямая и боковая;

Описание: Снимки выполнены в вынужденном положении лежа.
На рентгенограммах соотношение костей сохранено, прозрачность костной ткани выраженно повышена.
Углы:
-большеберцово-пяточный справа 73°, слева 66°
-большеберцово-таранный справа 115°, слева 99°
-таранно-пяточный справа 40°, слева 34°
-угол отклонения 1 пальца справа 33°, слева 34°
-угол между 1 и 2 плюсневыми костями справа 10°, слева 11°; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Hallux valgus с двух сторон. Костно-деструктивных изменений не выявлено.;

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. ЛФК Миргалиев А.Н.

03.05.2018.

РЕКОМЕНДАЦИИ: Прикладная кинезиотерапия ЛГ № 9 Щадящая разработка движений в суставах, лечение положением, стимуляция поворота.
Массаж: № 8 спины и верхних кончностей, ч/д нижних конечностей.

2. Физиотерапевт Дмитриенко (98) Т.Г.

03.05.2018.

РЕКОМЕНДАЦИИ: С целью улучшения мышечного тонуса, моторных функций назначено: Сухая иммерсия №6-8. Энтеральная оксигенгтеарпия №6-8. Лазеротерапия паравертебрально №6-8.;

3. Дефектолог Когут Ю.Г.

10.05.2018.

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Ребенок на обследовании с мамой. Выглядит младше возраста, худощавого телосложения, стигмирована, зрение нарушено. Амимична, фон настроения снижен, эмоции выражает бурно. Самостоятельно не передвигается. На руках у взрослого находится в вынужденном положении. В новом помещении пассивна, пространство вокруг себя зрительно не обследует, в установлении контакта с педагогом потребности не испытывает, остается безучастной к попыткам специалиста привлечь ее к игровому взаимодействию. Фиксирует взгляд на ярком предмете кратковременно, прослеживает за ним ступенчато с поворотом головы, справа реакции хуже. Невидимый акустический стимул вызывает слуховое сосредоточение, отсроченным поворотом головы находит источник звука.
Посаженная взрослым, равновесие не удерживает, голову роняет на грудь или запрокидывает назад. Искусственно созданную позу на животе с опорой на предплечья принимает, кратковременно удерживает.
На тактильное раздражение кисти реагирует замиранием или двигательным возбуждением. После продолжительной стимуляции совершает попытки захвата близко предложенного предмета левой рукой, результата не достигает. Вложенную игрушку удерживает в руке несколько секунд, отводя при этом голову в противоположную сторону, манипуляций не совершает, теряет, упавший предмет не ищет.
Привлекает внимание взрослого и выражает свои потребности с помощью привычных телодвижений, крика и однотипных голосовых вокализаций.
Навыки опрятности и самообслуживания не сформированы.;
РЕКОМЕНДАЦИИ: Щадящий режим сенсорной нагрузки, уделить внимание формированию координированных сенсомоторных актов.;
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Особенности формирования элементарной психической активности.;

4. Ортопед к.м.н Никитенко И.Е.

11.05.2018.
ДИАГНОЗ НЦЗД: Подвывих головки правого бедра. Плосковальгусная деформация стоп;
ЖАЛОБЫ: на деформацию стоп;
ДАННЫЕ ОСМОТРА: Голова по средней линии. Садится с поддержкой, сидит самостоятельно с кифотической деформацией спины, ползает на четвереньках, встает у опоры. Делает шаги с поддержкой (опора на носки). Ходит с двухстороней поддержкой без опоры на пятку. Мышечный тонус в руках повышен, в ногах высокий. Ось верхних конечностей правильная, длинна одинаковая. Движения в суставах верхних конечностей в полном объеме, безболезненные. Длинна нижних конечностей одинаковая. Движения в ТБС: отведение до 35° слева, 35° справа. Приведение: слева, справа полное. Объем ротационных движений внутренняя/наружная справа 50/40 слева 45/40. Дефицит разгибания нет. Положительный gracillis-тест с 2-х сторон. В коленных суставах сгибание, разгибание полное. Имеется плоско-вальгусная деформация стоп;
РЕКОМЕНДАЦИИ: Рентген-контроль через 6 месяцев
При прогрессирвании деформации стоп консультация травматолога-ортопеда для решения вопроса об оперативном лечении.;

5. Офтальмология врач высшей категории Дроздик Т.К.

11.05.2018.
Жалобы: направлена из д/с неврологии
Анамнез: Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез. GMFCS V. MACS IV. Общее недоразвитие речи 1 уровня. Сгибательно - пронаторная установка рук. Плоско - вальгусная деформация стоп.
Движения глазных яблок: в полном объеме
Положение век: не изменено
Конъюнктива век и глазного яблока: без патологии
Отделяемое: нет
Роговица: прозрачна
Радужка: не изменена
Зрачок: 3мм, фотореакции активны
Хрусталик: прозрачны
Стекловидное тело: структура не изменена
Глазное дно (мидриацил 1%) ДЗН: выраженно деколорирован, границы четкие
Вены: среднего калибра, ход обычный
Артерии: несколько сужены, ход обычный
Соотношение артерии вены: 1:2
Макулярная область: структура не изменена
Макулярный рефлекс: вызывается MZ
Фовеолярный рефлекс: вызывается
Средняя периферия, перифирия: умеренная диссоциация пигмента

Заключение: ЧАЗН обоих глаз
Код МКБ10:

Рекомендации: наблюдение офтальмолога по м/ж

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Режим палатный
стол 15 а школьный
1. Прикладная кинезиотерапия ЛГ № 9 Щадящая разработка движений в суставах, лечение положением, стимуляция поворота. Массаж: № 8 спины и верхних конечностей, ч/д нижних конечностей.
2. Сухая иммерсия №6-8. Энтеральная оксигенгтеарпия №6-8. Лазеротерапия паравертебрально №6-8.
3. Инъекции препаратом Диспорт в суммарной дозе 400 Ед - 8.05.
4. Индивидуальная психолого-педагогическая коррекция.

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

За время пребывания в отделении состояние девочки оставалось стабильным.

По данным ЭЭГ: в бодрствовании и во всех стадиях сна регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность в виде острых потенциалов, комплексов острая волна – медленная волна в следующих отделах:

- в правых центрально-теменно-височных отделах, с вовлечением вертексного региона, с редким распространением на гомологичные отделы противоположного полушария, - в левых лобно-центрально-височных отделах, - в левых теменно-затылочно-задневисочных отделах, с распространением на гомологичные отделы правого полушария,- независимо в правом затылочном (с вовлечением теменно-задневисочных) отделе. Индекс представленности эпилептиформной активности выше во время сна, достигает 40-70%. Указаний на клинически значимые события не было, видеофайл – без особенностей.

8.05 С антиспастической целью под контролем УЗИ, проведены инъекции ботулинического токсина, препаратом Диспорт в суммарной дозе 400 Ед , перенесла удовлетворительно. Отмечается положительная динамика: снижение спастичности в мышцах ног и рук, увеличение объёма активных движений, повышение переносимости физических нагрузок.

Медицинская помощь оказана в соответствии с постановлением правительства РФ, №1492 от 08.12.2017 (вид ВМП 12.00.32.013, 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.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наблюдение педиатром, неврологом, офтальмологом, ортопедом по месту жительства
2. Продления пособия по инвалидности по месту жительства.
3. Продолжить ЛФК, массаж, физиолечение курсами по 10-15 процедур каждые 1-2 мес. в поликлинике, реабилитационных центрах и санаториях неврологического и ортопедического профилей по месту жительства. Дома ежедневно, самостоятельно упражнения на поддержание эластичности мышц.
4. Соблюдение рекомендаций ортопеда:

- Ночные тутора на всю ногу
- Аппараты ортопедические на всю ногу
- Ортопедическая коляска с подголовником, боковыми поддержками, грудным фиксатором, с абдуктором (фирмы R82, otto bock).
- Ортопедическое функциональное кресло с подголовником, боковыми поддержками, грудным фиксатором, с абдуктором (фирмы R82, otto bock).
- Ходунки-роллеры с фиксацией предплечий, корпуса, таза.
- Вертикализация и ходьба в СВОШ,
- При прогрессировании деформации стоп консультация травматолога-ортопеда для решения вопроса об оперативном лечении.

5. Контроль длительного ЭЭГ мониторинга сна 1 раз в 6 месяцев.
6. Мелатонин (Мелаксен) 3 мг по 1/2 таб 1 раз в день за 30-40 мин до сна - 2 месяца
7. Щадящий режим сенсорной нагрузки, уделить внимание формированию координированных сенсомоторных актов.
8. Контрольный осмотр в КДЦ через 1 и 3 мес после ботулинотерапии (предварительно связаться с врачом Кузнецова М.А. по тел. 499-134-01-69, для уточнения времени консультации).
9. Повторная госпитализация в отделение диагностики и восстановительного лечения детей с психоневрологической патологией по вызову Центра.

Контактов с инфекциями не было.

Лечащий врач - Кузнецова М.А.

Руководитель отделения к.м.н, врач высшей категории - Мамедьяров А.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

dobryaki.ru