

Государственное учреждение здравоохранения
«Ульяновская областная детская клиническая больница
имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»
432011, г. Ульяновск, ул. Радищева, 42
odkb@mail.ru www.babymed.ru
Психоневрологическое отделение (тел. 44-09-70)
Медицинская карта № 21863

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Павлов Эмиль Алексеевич 6 лет, 27.03.12 г.р.,
проживает по адресу: г. Ульяновск,
находился в отделении с 04.09.18 по 06.09.18.

Диагноз: Симптоматическая эпилепсия. Эпилептический статус от 04.09.2018г.
Постгеморрагическая хирургически компенсированная гидроцефалия. ВПШ.
Детский церебральный паралич. Спастический тетрапарез.

Сопутствующий диагноз:
Ретинопатия недоношенного V стадии. Частичная атрофия зрительного нерва обоих глаз.

Жалобы при поступлении на отведение головы ребенка влево, бледность кожи, цианоз губ, рвоту.

Анамнез жизни и заболевания: Со слов родителей, 3.09.18 они вместе с ребенком прилетели на самолете с санаторного лечения Евпатория. 4.09.18 около 7-00 у ребенка появилась рвота до 4 р., тоническое клоническое отведение головы влево, нистагм влево, ребенок при этом побледнел, появился цианоз н/г треугольника. Ребенок от 3-й беременности на фоне хр.ФПН, гестоза, преэклампсии. Роды в 28-29 нед. Вес при рождении 1110 г. Находился в АРО-Н - Внутрижелудочковое кровоизлияние 3 ст. 14.04 выполнено субгалеальное шунтирование. В связи с прогрессированием гидроцефалии в 06.12 г. выполнена операция - ВПШ. В 10.14 г., 11-05.15 г. - операция по поводу дисфункции шунта. В 07.12 г. находился в НО ДГКБ с жалобами на приступы с остановкой дыхания, сериями. По ЭЭГ - очаг эпилептической активности в лобных отделах. Назначен депакин. В дальнейшем ЭЭГ в динамике - диффузная эпилептическая активность. Наличие приступов мама отрицает. В 11.17 г. ВЭМ ((4 часа, г.Москва): во время бодрствования и сна эпилептическая активность с мах представлен. В височно-затылочных отделах правого полушария частотой 1,5-3 Гц с билатеральной синхронизацией на лобно-височно-теменных отделах правого полушария + региональная эпилептическая активность (комплексы острая волна-медленная волна) в лобно-височных отделах левого полушария частотой 3-4 Гц с билатеральной синхронизацией, эпилептическая периодически группируется и приобретает продолжительный вид. Однократно зарегистрирован приступ во время сна - асимметричный тонический с версией головы влево и тоническим напряжением правой руки - начало приступа в центрально-теменных отделах левого полушария. Эпилептологом увеличена доза ВРА до 400 мг/сутки. В 02.18 г. в г.Сочи консультирован неврологом. Рекомендовано: отмена АЭТ. Полностью препарат отменен 2 мес. назад. Рентгенография ТБС, ортопед от 2017 г.: Спастический подвывих бедер. Госпитализирован в АРО ОДКБ. 5.09.18 переведен в ПНО.

Состояние при поступлении в АРО: Тяжелое за счет неврологической симптоматики.

Неврологический статус при поступлении в ПНО: Общее состояние средней тяжести. Форма черепа - микроцефалия. Сознание ясное. Реакция на осмотр адекватная. Внешние корковые функции - интеллект снижен, деменция. Наличие приступов мама отрицает. Общегловые с-мы: отр. АД - 90/50 мм рт.ст. ЧСС - 94, ЧД - 23.

Мышечные с-мы отр. Черепно-мозговые нервы: Зрение abs. Глазные щели равные, микрофтальм с 2 сторон.

Птоза нет, экзофтальма нет. Движения глазных яблок не в полном объеме. Стробизм. Зрачки неправильной формы, слева постоперационные изменения. Конвергенция - нет слева. Акт жевания нарушен. Протертый стол. Корнеальные рефлексы живые и равные. Асимметрия лица. Слабость нижнелицевой мускулатуры слева. Сухая кожа на лице. Спонтанный горизонтальный нистагм. Бодор громкий. Шея жесткая и гипертоническая. Высокие, жесткие сухожильные рефлексы. Мышечный тонус повышен по спастическому типу. С-мы: Тонус сгибателей и разгибателей повышен. Фибриллярные подергивания. Речи нет. Объем движений в суставах снижен. Контрактуры г/с суставов. Не ходит. Сухожильные рефлексы высокие, S>D. Брюшные рефлексы вызываются. Патологические рефлексы: с 2 сторон патол. стопные и кистевые знаки. Рефлексы орального автоматизма: назолабиальный, хоботковый. С-мов натяжения нет. Координация - не выполняет координационные пробы. Трофика - гипотрофия. Функции тазовых органов - навыки опрятности не сформированы.

Обследование

4.09.18 консультация нейрохирурга: Эпилептический статус? Резидуально-органическое поражение центральной нервной системы. Хирургически компенсированная гидроцефалия, состояние после ВПШ. Дисфункция шунта? Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия.

4.09.18 консультация нейрохирурга: Эпилептический статус? Резидуально-органическое поражение центральной нервной системы. Хирургически компенсированная гидроцефалия, состояние после ВПШ. Дисфункция шунта? Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия. Эписиндром.

Консультация окулиста от 04.09.18:

Ретинопатия недоношенного V стадии. Частичная атрофия зрительного нерва обоих глаз.

04.09.18 рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости: ЭЭД – 0,028 мзв.

Легочные поля прозрачны. Корни легких структурны. Легочный рисунок усилен в нижнемедиальных отделах. Сердце не увеличено. Диафрагма четкая. Синусы свободные. Кишечник пневматизирован. Паравerteбрально слева в проекции органов грудной и брюшной полости определяется тень от ВПШ. На уровне L 3-4 позвонков шунт образует петлю, спускаясь вниз до уровня прямой кишки.

4.09.18 КТ головного мозга: ЭЭД-4,2 мзв.

На серии томограмм головного мозга исследованы суб- и супратенториальные структуры головного мозга и кости черепа. Форма черепа мезоцефалическая. Костные швы прослеживаются.

В левой теменной области определяется костный дефект, через который проходит шунт, идущий через задний рог левого БЖ и заканчивающийся в мозговом в-ве височной области слева.

Вещество головного мозга дифференцируется, плотность белого вещества 27-28 ед.Н., серого вещества 35-38 ед.Н.

Определяется резкое истончение мозгового в-ва в теменной области справа до 5,5 мм.

Перивентрикулярное белок в-во головного мозга истончено, местами не прослеживается.

Субарахноидальные ликворные пространства сужены, борозды головного мозга сглажены.

Перивентрикулярно с 2 сторон определяются мелкие кисты. По межполушарной щели визуализируется массивный кальцинат размерами 6х4 мм. Срединные структуры не смещены.

Определяется гипоплазия полушарий мозжечка, мозолистое тело четко не прослеживается.

Желудочковая система расширена: III желудочек 11 мм, боковые желудочки асимметричны:

справа: передний рог 18,4 мм, тело 19,4 мм, задний рог 47 мм,

слева: передний рог 20,6 мм, тело 23,6 мм, задний рог 30,7 мм.

у тела левого БЖ определяется порэнцефалическая киста размерами 18х13 мм, стенки сосудов уплотнены.

Турецкое седло не увеличено, его костная ткань не изменена. Параселлярная область без особенностей.

Глазные яблоки симметричны. Содержимое глазниц без особенностей.

Околоносовые пазухи и ячейки сосцевидного отростка развиты

нормально, с четкими контурами, пневматизация их не изменена.

Определяется незаращение передних дужек C1,2 позвонков.

Заключение: КТ-картина внутренней гидроцефалии, отека головного мозга, гипоплазии мозжечка, аплазии мозолистого тела, состояния после ВПШ.

4.09.18 УЗИ брюшной полости: Межпечельно следы свободной жидкости, больше в правой подвздошной области.

4.09.18 консультация ЛОР-врача: ЛОР патологии нет.

5.08.18 ЭЭГ: Выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Региональные изменения в правой височно-центральной области (медленноволновая и эпилептиформная активность – комплексы острая волна-медленная волна в виде групп) с вовлечением симметричных отделов противоположного полушария.

Разрядов эпилептической активности в записи не зарегистрировано.

БЭА не соответствует возрасту (признаки нейрофизиологической незрелости).

4.09.18 ЭКГ: ЧСС - 102, ритм синусовый, вертикальное положение ЭОС.

ЭХО – кс от 06.09.18: ФВ 67%. Сократительная способность миокарда сохранена. Перикард интактен. Доп. трабекулы в ЛЖ.

Общий анализ крови:

Дата	Hb г/л	Эр. Млн	Л тыс.	п	с	э	л/ф	м	СОЭ мм/ч	Тром. ТЫС.	Свертыв.	Сахар ммоль/л
4.09.18	140	4,48	20,9	1	81		18	8	5	470	2,00-2,30	12,6
5.09.18	147	5,89	11,39	3	61	3	23	10	14	591	2,30-3,00	5,2
6.09.18	131	5,38	8,3		28	2	52	18	8	401	3,30-4,20	

Общий анализ мочи:

Дата	Уд.вес	Цв.	pH	Проз.	Белок	Сахар	Лейк.	Эр.	Эп. пл.	Эп. пер.
04.09.18	1010	с/ж	кис.	Проз.	0	Сл.+	0-1		0-1	
05.09.18	1008	с/ж	кис.	Проз.	0	0	0-1	2-3	0-1	3-4

Биохимический анализ крови:

Дата	4.09.18	5.09.18
Альбумин (г/л)	38,4	
Креатинин (мкмоль/л)	46,5	
Мочевина (ммоль/л)	5,6	
АСТ (u/l)	24,1	
АЛТ (u/l)	13,7	
Билирубин общ. (мкм/л)	4,0	
Билирубин прямой (мкм/л)	0,9	
Билирубин непрямой (мкм/л)	3,1	
LDH (u/l)	726,9	
Общий белок (г/л)	70,3	
Амилаза (u/l)	148	
Натрий (ммоль/л)	137,4	136,8
Калий (ммоль/л)	3,36	3,74

Кал на я/г - отр. Соскоб на энтеробиоз - отр.

Проведено лечение:

В АРО инфузионная и симптоматическая терапия - дисоль 200,0 мл, глюкоза 5% 200,0 мл, калия хлорид 10,0 мл, магния 25% 10 мг, цефтриаксон 1 гр, сибазон 2,0 мл;

В ПНО

Лекарственное средство	Дата начала приёма	Дата окончания приёма	Суточная доза
Диакارب per os	05.09.18	06.09.18	250 мг/сутки
Аспаркам per os	05.09.18	06.09.18	1 т/сутки
Финлепсин per os	05.09.18	06.09.18	200 мг/сутки

Мама забирает ребёнка под расписку домой по семейным обстоятельствам.

На фоне проводимого лечения состояние ребенка с положительной динамикой. Приступов в отделении не было.

Беседа по заболеванию с мамой проведена.

Ребенок выписывается домой в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано:

Д/наблюдение у невролога по м/жит.

Повторный осмотр невролога через 1 мес. + контроль ЭЭГ + ОАК + тромбоциты + время свертывания + БАК (трансаминазы + билирубин).

Вес ребёнка 20 кг.

Продолжить постоянный прием т. Carbamazepini (Финлепсин. Тегретол) 200

по 1/2 т. 2 р. в день утром и вечером, через 2 недели по 1/2т утром и 1т вечером.

из расчета 15 мг на кг в сутки, принимать постоянно длительно, отмена только неврологом, при необходимости коррекция дозы.

Продолжить прием т. Диакارب 0.25 по 1 т. 1 р. в день утром по схеме 2/2 2 нед.,

затем по 1 т. 1 р. в день утром 2 р. в нед. (вторник, пятница) 2 нед.

В дни приема диакарба принимать т. Аспаркам по 1/2 т. 2 р. в день.

Контроль биохимического анализа крови (АСТ, АЛТ, тимоловая проба, билирубин) + контроль общего анализа крови, тромбоциты, время свертываемости, длительность кровотечения на фоне приема противосудорожной терапии 1 р. в 3 мес.

Ведение дневника приступов (маме даны рекомендации).

Соблюдение режима дня и отдыха. Достаточный сон.

Занятия ЛФК постоянно длительно в домашних условиях.

Избегать переохлаждений и контактов с инфекционными больными.

Санация очагов хронической инфекции.

См. рекомендации окулиста.

Карантина в отделении нет.

Зав. отделением Чубарова С.П.

Леч. врач Матрюкова О.В.

