

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми

«ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3»

Адрес: 167011, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Восточная, д. 35

Тел./Факс: (8212) 22-16-64

E-mail: det-pol3@yandex.ru

**ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
РОМАНОВА КИРИЛЛА ДМИТРИЕВИЧА**

Паспорт:

СНИЛС:

Номер страхового полиса ОМС:

Категория льготы: ребенок-инвалид

Пол: мужской

Дата рождения: 15 апреля 2003 г.

Документ родителя: мама Романова Ольга Елизаровна,

Адрес проживания: 167005, г. Сыктывкар,

ДИАГНОЗ:

Основной: резидуально-органическое поражение ЦНС смешанного генеза, церебрастенический синдром, снижение когнитивных функций (F 70.0), структурная эпилепсия с ГСП, персистирующая эпилептиформная активность на ЭЭГ, эпилептическая энцефалопатия, системное недоразвитие речи умеренной степени, стертая дизартрия, неуточненное нейрогенетическое заболевание (синдром Вивера-Смита, синдром Сотоса?), синдром апноэ во сне.

Сопутствующие:

Кардиолог: ФСШ, МАРС, диагональная трабекула левого желудочка, митральная регургитация 1-2 ст.

Ортопед: Натальная травма ШОП. Дизонтогенез позвоночника. Идиопатический сколиоз ГНОП. Комбинированное плоскостопие (продольное 3 ст., поперечное 2 ст.). Вальгусная установка стоп.

ЛОР: хронический компенсированный тонзиллит

Аллерголог: хронический респираторный аллергоз

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне ОРВИ (грипп) с температурой 39,5 в 25 недель, Кандидоз в 31 нед. Роды 2 срочные, воды зеленые. Вес при рождении 3612 гр., рост 52 см, окружность головы 37 см, оценка по Ангар 7-9 баллов. Выписан домой на 3 сутки.

Неврологом впервые осмотрен в 1 месяц, отмечались жалобы на возбудимость. Выставлена группа риска по патологии ЦНС. Далее педиатром не направлялся и повторный осмотр в январе 2014 года в возрасте 9 месяцев, когда на фоне подъема температуры до 40 отмечались фебрильные судороги в течении 1-2 минут. Обследован амбулаторно, выставлен диагноз- судорожный синдром в структуре нейротоксикоза, гидроцефальный синдром, субкомпенсация, задержка психо-моторного развития. Получил курс реабилитационного лечения на базе ДП № 3. К первому году жизни сохранялась задержка психо-моторного развития, на ЭХО-ЭС признаки внутренней гидроцефалии. В возрасте 1 год получил повторный курс дневного стационара с диагнозом- врожденная субкомпенсированная гидроцефалия, ЗПМР, ЗППР, пирамидная симптоматика в нижних конечностях.

На 2 и 3 году жизни наблюдение и курсы реабилитации 2-3 раза в год амбулаторно и на дневном стационаре. Осмотрен логопедом, психологом, проводилось контрольное ЭХО-ЭС. Несмотря на реабилитацию, сохранялось отсутствие речи, внимания. Понимание на бытовом уровне. По гидроцефалии компенсация.

В возрасте 2 года 7 месяцев (ноябрь 2005 года) осмотрен специалистами- невролог, логопед, психолог, сурдолог, психиатр, нейрохирург. Направлены документы на МСЭК в связи с грубой задержкой психомоторного и психо-речевого развития, но в инвалидности было отказано.

С 07.11.2006 года по 23.11.2006 года находился в неврологическом отделении Детской Республиканской Больницы (ДРБ). Ребенок обследован в полном объеме: ЭЭГ- диффузная дезорганизация корковой ритмики, умеренные ирритативные изменения, ЭХО-ЭС- смещения срединных структур нет. МРТ головного мозга- без патологии. Консультирован генетиком, сурдологом, логопедом, психологом. Выставлен диагноз- задержка психического развития умеренной степени, сенсо-моторная алалия. В ноябре 2006 года повторно направлены документы на МСЭК, оформлена инвалидность.

Далее- регулярное наблюдение неврологом на базе ДП № 3, логопедом, курсы дневного неврологического стационара, медикаментозно- кортексин в/м, сосудистые и ноотропные препараты, аминокислоты, витамины гр. В. ЭХО-ЭС ОТ 13.10.2009 года- 3 жел. 6.0, пульсация умеренно снижена, смещения срединных структур нет (в динамике от ноября 2008 года уменьшение 3 жел., компенсация по гипертензионному синдрому).

С октября 2009 года по июнь 2010 года ребенок посещал специализированный д/с № 8, находился на инвалидности.

С сентября 2010 года по декабрь 2012 года ребенок прошел 5 курсов обследования и лечения в научно-исследовательском психоневрологическом институте им. Бехтерева в г. Санкт-Петербург

1 курс- с 8 сентября 2010 года по 28 сентября 2010 года.

2 курс- с 14 июня 2011 года по 27 июня 2011 года.

3 курс- с 4 декабря 2011 года по 26 декабря 2011 года.

4 курс- с 4 июня 2012 года по 22 июня 2012 года.

Обследования: МРТ головного мозга от 21.09.2010 г.- щели субарахноидального пространства по конвексальной плоскости полушарий головного мозга неравномерно расширены, МР-признаков объемного образования в веществе головного мозга и мозжечка не выявлено. УЗДГ брахиоцефальных сосудов без грубой патологии, признаки ангиодистонии по гипотоническому типу. ЭЭГ-видеомониторинг ночного сна- умеренно-выраженные изменения органического генеза, преобладающие в левом полушарии, преимущественно в левых лобных отведениях, и вовлечение в патологический процесс подкорковых структур и ствола головного мозга на дизцефальном уровне. Получил курсы Бос-терапии на комплексе Реакор, занятия с логопедом, дефектологом и медицинским психологом, курсы массажа и физиотерапии, подобрана ноотропная терапия.

15.12.2011 года ребенок консультирован в ФГУ «НИДОИ им. Турнера Минздравсоцразвития РФ». Нарушение осанки, ротационная установка нижних конечностей. Рекомендовано- гимнастика, велосипед, общий массаж, рациональная обувь, корсет для ношения в школе.

На фоне проведенных курсов лечения отмечается невыраженная, но устойчивая положительная клиническая динамика, эмоции стали более дифференцированы, в поведении новые навыки, более сложные, пробует более сложные манипуляции, активная речь- появились слоги, слова, фразы, короткие предложения.

5 курс с 02.12.2012 года по 21.12.2012 год. В отделении ребенок обследован. Назначен курс ТКМП (транскраниальной микрополяризации). 12.12.2012 года на фоне удовлетворительного состояния, после 2-х проведенных процедур ТКМП, во время сна, развился развернутый судорожный приступ с общей потерей сознания в течение 3 минут, затем кратковременный сон и выраженная головная боль с неоднократной обильной рвотой. Физиотерапия, БОС-терапия, ТКМП отменены, назначена дегидратирующая терапия. ЭЭГ-видеомониторинг ночного сна- выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга смешанного генеза (органического и регуляторного), раздражение стволовых структур на дизцефальном уровне, избыточный уровень активации неспецифических структур, нельзя исключить наличие органического поражения коры головного мозга, пароксизмальная активность редкая, парциальная, в правых центральных отделах коры головного мозга. Выписан с диагнозом- резидуально-органическое поражение головного мозга, единичный судорожный приступ от 12.12.2012 года. Рекомендовано наблюдение epileptологом по месту жительства.

25.12.2012 года во время сна повторился развернутый судорожный приступ длительностью 3-4 минуты, была вызвана скорая помощь, сделали 2 мл раствора реланиума. По направлениям СИТО пройдены консультации окулиста, невролога, epileptолога. Epileptологом выставлен диагноз - **криптогенная фокальная эпилепсия, впервые выявленная**. Назначена противосудорожная терапия- «Кеппра» с последующими титрованием- 1 и 2 неделя- утро 125 мг, вечер 250 мг, 3 и 4 неделя- утро и вечер по 250 мг, с 5 недели утро 250 мг, вечер 500 мг. В связи с началом лечения «Кеппрой» появилось сильное першение в горле, поэтому было принято решение воздержаться от повышения вечерней дозы до 500 мг. На этом фоне отсутствие приступов до ноября 2013 года (11 месяцев).

10.01.2013 года ребенок консультирован генетиком. Хромосомная патология исключена, кариотип 46XY, нормальный, мужской. По клиническим данным нельзя исключить синдромальную патологию- синдром Вивера-Смита. Рекомендован рентген кистей. 16.01.2013 года проведен Rg кистей, заключение- костный возраст соответствует 9,5-10 лет, что соответствует норме.

Далее- регулярное наблюдение неврологом, epileptологом, педиатром.

14.09.2013 года в отделении неврологии ДРБ проведен ЭЭГ-видеомониторинг ночного сна. Заключение- диффузная дезорганизация корковой ритмики, выраженные общезамковые изменения биоэлектрической активности. Сон модулирован по фазам, физиологические паттерны зарегистрированных стадий медленного сна выражены удовлетворительно. Эпиактивность из глубинных отделов левой гемисферы низкого индекса во 2-3 стадиях медленного сна.

22.11.2013 года во время сна повторился развернутый судорожный приступ в течение 3-4 минут, постиктальный период с интенсивной головной болью и неоднократной обильной рвотой. Ребенок в тяжелом состоянии был доставлен службой скорой помощи на уровень приемного отделения ДРБ, и находился на обследовании и лечении в отделении нейрохирургии по 06.12.2013 года. Проведено обследование:

- ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 86 в минуту, вертикальное положение ЭОС, частичная блокада ПНПГ.
- ЭЭГ: диффузная дезорганизация корковой ритмики, очаговой и истинной эпилептической активности не выявлено, дисфункциональные влияния из стволовых структур, общемозговые изменения ирритативного характера.
- ЭХО-ЭГ: смещений срединных структур нет, признаки гидроцефалии выражены умеренно.
- Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии умеренно сужены, вены полнокровны, периферия не изменена.
- Ортопед: нарушение осанки, комбинированное плоскостопие, рекомендована сложная ортопедическая обувь.
- Рентген тазобедренных суставов: соотношение в суставах сохранено, костные структуры без видимой патологии.
- УЗИ ОБП: печень правая доля 121 мм, левая 54 мм, структура однородна, сосуды и желчные протоки не расширены, воротная вена 7,0 мм. Желчный пузырь анэхогенный, шаровидной формы, стенки не утолщены. Селезенка 87*40 мм, структура однородна. Поджелудочная железа - структура однородна. Почки - правая 106 мм, левая 107 мм, структура сохранена. ЧЛС не расширена. Мочевой пузырь анэхогенный, стенки не утолщены.
- ОАК: гемоглобин 131 г/л, эр- $4,6 \cdot 10^{12}$, ЦП 0,85, лейкоциты $12,0 \cdot 10^9$, п-2, с-60, в-1, б-0, л-32, м-5, СОЭ -23 мм/час.
- Б/Х крови: АЛТ- 16,4 Ед/л, АСТ- 34,6 Ед/л, общ.белок- 68,8 г/л, кальций 1,17 ммоль/л, калий 4,16 ммоль/л, натрий 141,7 ммоль/л, мочевина 3,9 ммоль/л, креатинин 0,058 ммоль/л, общий билирубин 9,4, связанный 0, свободный 9,4, глюкоза 6,7, альфа-амилаза 12,8.
- ОАМ: без патологии.

Проведено лечение: 25 % $MgSO_4$ в/в капельно № 10, Дексаметазон в/в капельно № 4, Фосфоглив. Рекомендовано увеличение дозы «Кеппры» до 500 мг утро-вечер. Рекомендована повторная госпитализация в отделение нейрохирургии ГУ ДРБ для проведения МРТ головного мозга с анестезиологическим пособием на январь 2014 года.

17.01.2014 года ребенок был госпитализирован в отделение нейрохирургии ДРБ для проведения МРТ головного мозга и находился там по 21.01.2014 года. Проведено обследование:

- ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 108 ударов в минуту, вертикальное положение ЭОС, частичная блокада ПНПГ.
- ЭЭГ: диффузная дезорганизация корковой ритмики, очаговой патологии и истинной эпилептической активности не выявлено, дисфункциональные влияния из стволовых структур, общемозговые изменения ирритативного характера.
- Глазное дно: ДЗН гиперемирован, границы четкие, артерии умеренно сужены, вены расширены, периферия не изменена.
- МРТ головного мозга под наркозом от 20.01.2014 года № 143 5832: на МР томограммах головного мозга, выполненных в аксиальной, коронарной и сагиттальной плоскостях в режиме VE и VS определяется визуализирован головной мозг с сохраненной дифференцировкой на белое и серое вещество, подкорковые структуры по МР сигналам. Очаговых изменений в веществе головного мозга не выявлено. Гипофиз с однородной структурой 9мм*4мм*13мм. Ствол мозга и мозжечок не изменены. Субарахноидальные пространства конвекситальные и цистерны основания не расширены. Ширина субарахноидальных пространств в полюсах лобных долей 1 мм. Боковые желудочки симметричны, не расширены. Ширина тел правого 11 мм, левого 11 мм. Третий желудочек 4 мм. Сильвиев водопровод и четвертый желудочек не изменены. Дислокации срединных структур нет. Глазные яблоки симметричны, ретробульбарные отделы не изменены. Придаточные пазухи носа и клетки решетчатой кости пневматизированы, отек слизистой клеток решетчатой кости, гипертрофия глоточной миндалины. Краниовертебральное сочленение с нормальным соотношением. Заключение: головной мозг без органических изменений.

17.02.2014 года и 21.02.2014 года аналогичные развернутые судорожные приступы длительностью 2-3 минуты. Ребенок проконсультирован эпилептологом, дополнительно к «Кеппре» 500 мг утро-вечер назначен лекарственный препарат «Депакин хроно» 600 мг на ночь.

Далее наблюдение неврологом, эпилептологом, психиатром, педиатром.

С 07.07.2014 года по 14.07.2014 года ребенок находился на обследовании в испанской клинике «Текнион», г. Барселона. Было проведено МРТ головного мозга с применением наркоза, проведена магнитная энцефалография, а также 5-суточный ЭЭГ-видеомониторинг. Все результаты имеются на электронных носителях и находятся у мамы на руках.

Далее регулярное наблюдение у специалистов.

27.03.2015 года в отделении неврологии ДРБ был проведен ЭЭГ-видеомониторинг ночного сна. Заключение: диффузная дезорганизация корковой ритмики. Регистрируется региональная эпилептиформная активность в теменно-затылочной области с акцентом справа. Общемозговые изменения ирритативного характера. Во время активного бодрствования регистрируется региональная эпилептиформная активность в теменно-затылочной области с акцентом справа, периодически с распространением на центрально-лобно-височные отделы. Сон модулирован по фазам, физиологические паттерны выражены удовлетворительно. В 1 и 2 стадиях МС регистрируется эпилептиформная активность в лобно-височных отделах, периодически с распространением на соседние структуры. За время исследования эпилептических приступов и их паттернов на ЭЭГ не зарегистрировано.

11 ноября 2016 года в отделении психоневрологии ДРБ был проведен ЭЭГ-видеомониторинг в течение 14 часов в состоянии пассивного и активного бодрствования, в состоянии ночного сна, с проведением функциональных проб. Заключение:

- Диффузная дезорганизация корковой ритмики. Дисфункциональные влияния из стволовых структур. Регистрируется региональная эпилептиформная активность теменно-центральной области с акцентом справа. Общемозговые изменения ирритативного характера. На РФС регистрируются короткие генерализованные разряды одиночных комплексов «ОМВ».

- Во время активного бодрствования регистрируются частые короткие генерализованные разряды комплексов «ОМВ».

- Сон модулирован по фазам, физиологические паттерны зарегистрированных стадий МС выражены удовлетворительно. В 1 фазу МС регистрируется региональная эпилептиформная активность правой височной области, без признаков генерализации. В 1 и 2 МС регистрируются частые короткие генерализованные разряды комплексов «ОМВ» и «пик и подпик-Мв».

- За время исследования эпилептических приступов и их паттернов на ЭЭГ не зарегистрировано.

I, V, XI 2016 года, IV, IX 2017 года, I, VIII, X 2018 года осмотрен неврологом. В настоящее время жалобы на задержку в развитии, трудности в обучении, снижение памяти, внимания, быстро отвлекается, эмоциональная лабильность, метеочувствительность, дизартричная речь, периодическая остановка дыхания во сне 10-15 секунд. Частые носовые кровотечения. Получает постоянно АЭП: Кеппра 750 мг * 2 раза (23 мг/кг); Депакин Хроно 300 мг утром, 600 мг вечером (13,8 мг/кг). Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Неврологический статус: на осмотре контакт доступен, речь дизартрична. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. ОГ 58,5 см. Со стороны ЧН - глазные щели, зрачки ровные, D=S. Движения глазных яблок в полном объеме. Косоглазия, нистагма нет. Лицо симметрично, сглаженность носогубных складок. Рот приоткрыт. Язык по средней линии, тугоподвижен. Глотание, фонация не нарушено. Мышечный тонус умеренно диффузно снижен D=S. Сухожильные рефлексы живые D=S. Мышечная сила снижена для возраста. Патологических знаков нет. Чувствительность сохранена. Опора на полную стопу. Плоско-вальгусные стопы. Координаторные пробы выполняет. Моторно неловкий. Походка несколько нарушена (шаткость походки). Суточный, ходьба на полусогнутых ногах. На осмотре гиперкинезов, эпилептических приступов нет. ЭЭГ от 16.10.2018 года - данные ЭЭГ указывают на диффузные изменения ирритативного характера и признаки дисфункции неспецифических срединных структур. Регистрируется эпилептиформная активность в виде разрядов генерализованных одиночных комплексов «ОМВ», с акцентом справа. Рекомендовано повышение дозы Кеппры до 1000 мг утро, 750 мг на ночь оставить в прежней дозе.

Консультация генетика 12.12.2016 года, 09.10.2018 года - клинически синдром Вивера-Смита, дифференцировать с синдромом Сотоса. Хромосомная патология исключена, кариотип 46XY - нормальный мужской. **Рекомендовано: хромосомный микроматричный анализ, полное секвенирование экзона, консультация в Медико-генетическом научном центре г. Москвы.**

Консультация эпилептолога 24.01.2016г., 03.12.2016 г., 12.05.2017 г., 09.10.2018г. - криптогенная фокальная эпилепсия. Персистирующая эпилептиформная активность на ЭЭГ (неполная ремиссия). Повышение утренней дозы депакила хроно в связи с низкой концентрацией вальпроевой кислоты в крови (49,8). **Показано молекулярно-генетическое обследование - хромосомный микроматричный анализ, полное секвенирование экзона, многосуточный видеомониторинг, ВП (вызванные потенциалы), полисомнография, сверхвысокопольное МРТ по эпилептопротоколу в РДКБ г. Москвы, консультации генетика и эпилептолога на федеральном уровне.**

Педиатром ребенок осмотрен II, III, VI, VIII, IX 2017 года., I, IV, VI, VII, X 2018 года. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Аппетит сохранен, живот мягкий, б/б. Стул и мочеиспускание б/о.

УЗИ ОБП от 19.06.2018 г. - без патологии на момент осмотра.

- ЭКГ от 19.06.2018 г.: синусовая тахикардия, 102 уд. в мин., электрическая ось отклонена вправо.

- ОАК от 22.06.2018 г.: гемоглобин 147 г/л, эр- 4,7*10¹², ЦП 0,94, Тг 194, лейкоциты 5,1*10⁹, с-46, э-4, л-47, м-3, СОЭ-4 мм/час

- Б/Х крови от 22.06.2018 г.: глюкоза- 4,8, общий белок- 68,65, креатинин- 59, мочевины- 3,7, АЛТ- 11, АСТ- 16, билирубин общий- 7,29, билирубин прямой- 4,81, мочевая кислота- 421, холестерин- 3,6, железо- 18,71, вальпроевая кислота 86,3

-ОАМ от 16.06.2017 г.: без патологии

Ребенок обучается в коррекционной школе VIII вида в классе со сложной структурой дефекта.

На сегодняшний день пройдено: 11 курсов дневного неврологического стационара на базе ДШ № 3, 18 курсов реабилитации на базе реабилитационного центра «Надежда» и эжвинского реабилитационного центра, 3 курса обследования и лечения в отделениях неврологии и нейрохирургии ДРБ, 5 курсов обследования и лечения в научно-исследовательском психоневрологическом институте им. Бехтерева в г. Санкт-Петербург, обследован в испанской клинике «Текнон» г. Барселона. Консультирован в институте ортопедии им. Турнера, Санкт-Петербург и в НИИ уха, горла, носа и речи г. Санкт-Петербург.

Выписка составлена для решения вопроса о дообследовании (по рекомендации генетика и эпилептолога) и тактики дальнейшего лечения (эпилептическая энцефалопатия?) по заявлению мамы

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение у психиатра, невролога, эпилептолога и генетика по месту жительства.
2. Рациональный режим труда и отдыха, ограничение TV и компьютерных нагрузок.
3. Отвод от электролечения, не перегревать, не парить
4. Соблюдение диеты с ограничением жирного, жаренного, соленого, сладкого, копченого.
5. Сложная ортопедическая обувь, ЛФК, стопотерапия.
6. «Кеппра» 1000 мг утро, 750 мг вечер, «Депакин хроно» 300 мг утро, 600 мг на ночь постоянно.
7. Гепатопротекторы 1 раз в 4 месяца- курс 1 месяц.
8. УЗИ ОБП и почек 2 раза в год.
9. Контроль ОАК + тромбоциты, ОАМ, б/х крови- АСТ, АЛТ, ГГТП, глюкоза.
10. ЭЭГ- контроль через каждые 3-4 месяца, ЭЭГ-видеомониторинг ночного сна 1 раз в год



Врач педиатр

» ноября 2018 г.

Санникова Т.А.

