МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА».
ИНН 7728095113 КПП 772845002 ОГРН 1027739054420
обособленное структурное подразделение
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
119571, г. Москва, Ленинский проспект, д. 117

Справочная: (495)936-90-09
Приемное отделение: (495) 936-90-45
Факс: (495) 935-61-18
Поликлиника: (495) 936-92-30
Общий отдел: (495) 936-94-54
Главный врач: (495) 434-11-77
e-mail clinica@rdkb.ru

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ № 9898 СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО.

Фамилия, имя: Щедрина Алевтина Николаевна;
Возраст: 10 лет (10.02.2008 г.р.);
Место жительства: Тамбовская область, Мордовский район, рп. Мордово, ул. Пятова 54, кв.3;

Дата поступления в ПНО-1: 13.06.2018 г.;
Дата выписки: 19.06.2018 г.;
Клинический диагноз: Последствия перенесенной нейроинфекции (менингоэнцефалит). Структурная фокальная (лобная) эпилепсия с асимметричными тоническими приступами с сохранным сознанием.

Синдром детского церебрального паралича, смешанная форма. Нарушение психоречевого развития. Coxa valga справа.

При поступлении предъявлены жалобы на ежедневные приступы тонического характера с поворотом головы влево, напряжением конечностей, грубее справа длительностью до 10-15 сек. Помимо этого в течение дня отмечаются периодические абортивные приступы, протекающие в виде кратковременного тонического напряжения с приподниманием правой верхней конечности. Приступы регистрируются преимущественно после сна. Так же отмечается ограничение движений в правых конечностях, нарушение психо-речевого развития.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности (первая- выкидыш на сроке 12 недель), протекавшей с угрозой прерывания (кровотечение) на 6й неделе, лечилась в стационаре. Роды на 41 неделе путем кесарева сечения в связи со слабостью родовой деятельности, крупным плодом. Воды мутные, с зеленым оттенком. Закричала сразу. Масса при рождении 4400 гр, длина 59 см. На 3 сутки переведена в отделении патологии новорожденных, где находилась в течение 7 суток с диагнозом: Церебральная ишемия 1 степени, конъюгационная желтуха. Наблюдалась у педиатра и невролога по месту жительства. Развитие на первом году: держала голову в 1,5-2 мес, узнавала близких, в 2-2,5 мес. следила за предметами, улыбалась, смеялась. В 6,5 мес. сидела, ходила в ходунках, в 9 мес. стояла у опоры.

29 ноября 2008 (10 мес.) во сне появились подергивания в пальцах правой кисти на фоне субфебрилитета. Затем возникли клонико-тонические судороги в правых конечностях и лицевой мускулатуре. Температура повысилась до фебрильных цифр, приступы стали более длительные, до 20 минут, появился гемипарез. Была госпитализирована в инфекционную больницу. При обследовании- в крови лейкоцитоз, **в ликворе - цитоз, повышение белка до 0,66 лимфоциты 80%. Положительный ИФА к ВПГ IgM и IgG к вирусу простого герпеса 6 типа.** ИФА к Ig G «+» IgM «-«. ПЦР в ликворе к вирусам простого герпеса, энтеровирусам отрицательный. **МРТ от 03.12.08**: желудочковая система расширена симметрично. Расширение ликворного пространства в полюсах лобных, височных долей, слева в теменной области, субкортикальных отделах измененный МР-сигнал без четких границ, без объемного воздействия (9,5*11*11,2) и, возможно, формирующийся очаг в субкортикальных отделах теменной доли слева и таламусе.

МРТ от 16.12.08: внутренняя гидроцефалия 1 степени. Определяются энцефалитические очаги в правой теменной доле 33 на 17 мм, в левой теменной доле и в таламусе слева- 16*6,5 мм. Не исключаются внутриочаговые микрокровоизлияния.

Состояние было расценено как **герпетический менингоэнцефалит**, проведено лечение зовираксом по 125 мг 3 раза в день в течение 3 недель, виферон, триаксон, ликопид. 4 января 2009 года переведена в отделение неврологии для подбора противосудорожной терапии. Назначен **депакин** из расчета 20 мг\кг. После проведенного в стационаре лечения состояние с положительной динамикой - девочка стала садиться, ходить с поддержкой. Впоследствии неоднократно находилась в отделении неврологии по месту жительства на стационарном лечении. Приступов не отмечалось до декабря 2009 года.

В декабре 2009 года появились подергивания в правой руке, которые сопровождались движением нижней челюсти вперед, вытягиванием губ. Доза **депакина** была увеличена до 40 мг\кг\сутки без выраженного положительного эффекта. Со слов матери, на повышение дозы депакина отмечалось ухудшение - учащение подергиваний в правой руке, их усиление, появление заведения глаз кверху. Была попытка ввести **клоназепам-** выраженная сонливость, вялость, слюнотечение. Клоназепам был отменен. Приступы отмечались после сна (ночного и дневного), без утраты сознания. Иногда в момент приступа были атетоидные гиперкинезы в правой руке, подергивания в мышцах плечевого пояса. В связи с сохранением приступов, в мае 2010 был назначен **финлепсин** 200 мг по 3\4 2 раза в сутки (350 мг в сутки). Со слов матери- выраженное ухудшение, был отменен. ЭЭГ 27.07.10: эпиактивности не выявлено.

МРТ 15 июня 2010: выраженные атрофические изменения вещества головного мозга в виде сочетанной гидроцефалии с выраженным расширением наружных ликворных пространств. В обеих лобно-теменных областях определяются обширные зоны энцефаломаляции, справа-13*10*28 мм, слева 30*36*45 мм (поствоспалительные? постишемические?). Цистернальные пространства ЗЧЯ расширены.

Первая госпитализация в отделение психоневрологии № 2 с 18.10.2010 года по 20.11.2010года. Проведено обследование:

МРТ головного мозга: На представленных МР-изображениях обращают на себя внимание грубые атрофические изме-нения вещества мозга с обширными билатеральными кистозно-глиозными зонами изменения вещества мозга теменнозатылочных областей S>D, вероятнее всего последствие НМК в бассейне заднемозговых артерий на фоне гипоксического поражения вещества мозга, менее вероятнее нейроинфекционное поражение. При МР ангиографии интракраниальных магистральных артерий отмечается обеднение периферического кровотока в вышеуказанных зонах. Вентрикуломегалия в рамках атрофических изменений вещества мозга при компенсированной ликвородинамике. Ретроцеребеллярная киста.

Рентгенография тазобедренных суставов - Головки бедренных костей с чёткими, ровными контурами определяются в проекции не изменённых вертлужных впадин, которые имеют чёткий двояковыпуклый контур. Определяется вальгусная деформация бедренных костей, шеечно-диафизарные углы больше 125 градусов, больше выраженное справа (155 градусов), слева(135 градусов).

Видео-КЭЭГ мониторинг в состоянии бодрствования с проведением функциональных проб в динамике: функционально-органические изменения б.э.а. с акцентом в правой височно-теменно-затылочной области и в левой теменно-затылочно-центральных областях. Региональная эпилептиформная активность в виде разрядов комплексов острая-медленная волна, пик-, даблпик-волна с акцентом в правой височно-теменно-затылочной (доминирующий очаг), со склонностью к диффузному распространению, также в левой височно-теменной области независимо и бисинхронно. Отмечается высокий индекс разрядов на большинстве эпох записи. Клинических эпилептических приступов отмечено не было. По сравнению с данными КЭЭГ от 01.11.10 отмечается отсутствие эпилептических приступов по ходу данной записи, однако отмечается повышение верхней амплитудной планки фоновых разрядов, представленности и амплитуды левополушарных разрядов, значительного снижения индекса и частотных характеристик физиологических ритмов.

Видео-КЭЭГ мониторинг состояния бодрствования 01.11.10: Функционально-органические нарушения б.э.а. с акцентом в правой височно-теменно-затылочной области (максимум) и в левой теменно-височной областях. Региональная эпилептиформная активность в виде разрядов комплексов острая-медленная волна, пик-, даблпик-волна с акцентом в правой

височно-теменно-затылочной (доминирующий очаг), со склонностью к диффузному распространению. Отмечались разряды в левой височно-теменной области независимо. Отмечается высокий индекс разрядов на большинстве эпох записи. После пробуждения зафиксирована **серия тонических спазмов** с экстензорным компонентом и преимущественным вовлечением левых конечностей, сопровождающаяся диффузными пробегами быстрой эпилептиформной активности «lafa» с генезом из правой височно-теменно-затылочной области, а также отмечались нелатерализованные паттерны и паттерны с вторичной сменой латерализации на левополушарный.

Видео-КЭЭГ мониторинг состояния сна: на фоне сна отмечается нарастание амплитуды эпилептиформных разрядов комплексов острая-медленная волна, пик-, даблпик-волна, акцентуированных в правой (чаще) и левой височно-теменно-затылочной области, часто со склонностью к диффузному распространению и вторичной билатеральной синхронизации. Индекс разрядов варьирует в пределах 70-90% записи на различных эпохах сна. Разряды часто носят кластерный характер, с межразрядными эпизодами супрессии б.э.а. (паттерн «частичная акцентуация»). Сон слабо модулирован по фазам. По ходу сна клинических приступов не отмечалось, но зафиксированы субклинические паттерны «lafa» височно-теменно-затылочной акцентуации, чаще D>S.

Психиатр - задержка речевого развития, рекомендовано - занятия с логопедом.

Ортопед - С учетом данных рентгенографии тазобедренных суставов - Coxa valga справа. Рекомендовано - ЛФК, массаж, ортопедическая обувь.

С 2.11 начато введение **бензонала** с повышением дозы до 1/4т х 3р в день. На фоне проведенного лечение- приступы сохраняются в прежнем объеме, но стали менее продолжительными. Мать отмечает, что девочка стала более активной, эмоциональной.

По месту жительства на фоне введения **бензонала** ночные приступы купировались, дневные сохранялись. В течение месяца постепенно нарастала частота приступов в виде вздрагиваний ног в бодрствовании, резче рука. Ухудшения по эмоциональным функциям не было. При введении **суксилепа** ½ х 2 раза - гиперактивная, возбуждение, появилась рвота, отказывалась от еды. Частота приступов прежняя. Суксилеп отменен.

Находилась на обследовании в Санкт-Петербургской медицинской академии в январе 2011г, получала **депакин+бензонал**, введен **топамакс**. Отмечалось снижение эмоциональных реакций, трудности контакта с ребенком, перестала проситься на горшок. Появились эпизоды с задержкой дыхания, отмечалась вялость, перестала ползать, кушать. Приступы стали чаще, появились приступы с поворотом головы в сторону, появились подергивания левой руки. Получала топамакс в течение 3 мес, доза максимально была увеличена 125 мг в сутки. Параллельно был осуществлен перевод с сиропа депакина на **депакин-хроно** (отмечались побочные эффекты в виде выпадения волос и запоры), максимальная суточная доза - 1000 мг (?) в сутки, отмечалось подергивание и левой стороны, доза уменьшена до 750мг. На фоне отмены топамакса нормализовалось поведение и речевые функции.

Повторная госпитализация в Санкт-Петербургскую педиатрическую академию в мае 2011года.С конца апреля 2011 года начато введение **кеппры**, появилась гиперактивность, эпизоды с запрокидыванием головы, гиперкинезы(?), промахивание при захвате игрушки в левой руке. Максимальная суточная дозы **кеппры** 600 мг в сутки. Одновременно отменили постепенно **бензонал**. Повторная госпитализация в ноябре 2011 г - **кеппра** отменена, введен **трилептал** (максимальная доза 900 мг/сутки) проведен курс **синактен-депо** вторник-четверг 0,2-0,3-0,4-0,5 мл - отмечена положительная динамика в виде увеличения моторного развития, появились двигательные навыки, по приступам - оставались эпизоды кратковременных подергиваний в правой руке. Дома продолжен курс **синактен-депо** - 2 недели по 0,5мл 2р в неделю, 6 введений по 0,3мл. Приступы купировались, мать отмечала четкую положительную динамику в эмоциональном и речевом развитии. С середины декабря до середины апреля 2012 приступов не было. В апреле приступы возобновились.

В декабре 2011 года проведена ортопедическая операция по поводу коррекции положения правой стопы.

При последующей госпитализации в РДКБ (12.2015 г.) ребенок обследован: **Видео-ЭЭГ-мониторинг дневного сна:** в лобно-центрально-височных отделах полушарий регистрируется продолженная региональная пик-волновая активность частотой 2-3/сек, амплитудой 150-200мкв. При углублении сна регистрируются короткие генерализованные вспышки пик-волновой активности частотой 2/сек, амплитудой 200мкв, с последующим подавлением б.э активности длительностью до 1-1,5сек и формированием паттерна "вспышка-подавление".

КЭЭГ: на фоне диффузных общемозговых изменений б.э активности, в лобно-центрально-височных отделах полушарий регистрируется продолженная региональная билатеральная пик-волновая активность частотой 1-2/сек, амплитудой 140-160 мкв с акцентом по амплитуде справа.

В плане терапии: был назначен **зонегран (25 мг)**, на фоне приема которого развилась задержка мочеиспускания, гипертермия, купировавшиеся после отмены препарата. Далее в схему введен **сабрил** с постепенным повышением дозы до 1500 мг/сут. Частота приступов не уменьшилась, отмечалось присоединение версивных приступов с тоническим компонентом.

При госпитализации в РДКБ 07.2016 г. ребенок обследован:

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 29.07.2016: На представленных МР-изображениях отмечаются трансмантийные зоны билатеральной глиозно-атрофической трансформации вещества мозга, распространяющиеся от задних отделов височных долей и перисильвиарных областей до роландического региона. Изменения более выражены в левой гемисфере с распространением объема поражения от левой ножки мозга и левого таламуса. Асимметрично расширены боковые желудочки S>D при компенсированной ликвородинамике. Кистозно расширена большая затылочная цистерны. Изменения необходимо расценивать в рамках гипоксически-ишемического поражения или возможного дегенеративного процесса (что мало вероятно). Целесообразен контроль МРТ.

Видео-ЭЭГ-мониторинг дневного сна от 27.07.2016: выявляется продолженная генерализованная билатеральная пик-волновая активность частотой 1-2/с, амплитудой 180-200мкв с акцентом в лобно-центрально-височных отделах конвекса. Индекс представленности пик-волновой активности составляет 80%. При углублении сна отмечается появление паттерна вспышка-подавление.

Компьютерная электроэнцефалограмма от 28.07.2016: по данным КЭЭГ в лобно-центрально-височных отделах конвекса регистрируется продолженная пик-волновая активность частотой 1-2/сек, амплитудой до 200мк, как в фоновой записи, так и при функциональных нагрузках.

Компьютерная электроэнцефалограмма от 08.08.2016 г. (после введения иновелона): в правой лобно-центрально-височной области регистрируются локальные изменения биопотенциалов в виде сочетанного проявления ритмической дельта-активности и отдельных комплексов низкоамплитудная острая волна-медленная волна. Продолженная региональная пик-волновая активность в настоящее время не регистрируется.

Была рекомендована коррекция противосудорожной терапии: **сабрил** - отмена, **иновелон**. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде значительного уменьшения частоты и интенсивности приступов.

При последующей госпитализации 11.2017 г. девочка обследована: **Видео-ЭЭГ-Мониторинг дневного сна**: На протяжении всего мониторинга, включающего длительные периоды состояния пассивного бодрствования и короткие включения сна (без отчетливой дифференциации стадий и фаз), эпилептиформная активность продолженного характера, представленная комплексами острая медленная волна амплитудой до 370-450 мкВ, устойчиво регистрируется в лобно-центральных областях, D>S, с формированием феномена вторичной билатеральной синхронизации, с представленностью от 40 до 100 % на отдельных эпохах записи.

КЭЭГ: выявляется продолженная региональная пик-волновая активность в лобно-височных отделах конвекса частотой 2/сек, амплитудой 200-400мкв с распространением на парасагиттальные отделы лобных долей и центрально-теменно-затылочные отделы полушарий.

В плане терапии в схему введен **суксилеп** (750 мг/сут – 25 мг/кг сут) – состояние без эффекта. Препарат был заменен на **перампанел** – 4 мг/сут, на фоне чего отмечалось ухудшение

состояния в виде усложнения кинематики и учащения приступов, появления версивного компонента. Препарат отменен. При попытке повторного введения – картина идентичная.

При поступлении: состояние средней тяжести. Самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи. Зев спокоен, налетов на миндалинах нет. Тургор тканей удовлетворительный. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Костно-суставная система: целостность не нарушена, укорочение правой ноги на 0,5 см. Носовое дыхание умеренно затруднено. Из носа- скудное слизистое отделяемое. Грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук ясный легочный, хрипов нет. ЧД- 20 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен пальпации во всех отделах. Стул оформленный регулярный. Мочеиспускание не затруднено.

В неврологическом статусе: общемозговых, менингеальных знаков нет.

Голова округлой формы, с уплощенным затылком, перкуторно без особенностей.

Со стороны черепной иннервации: обоняние не нарушено. Зрение предметное. Глазные щели симметричны. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки равномерные, фотореакции живые. Носогубные складки D>S, опущен правый угол рта. Слух сохранен, нистагма нет. Небные, глоточные рефлексы живые. Глотание не нарушено. Язык по средней линии.

В двигательной сфере: Спастический тетрапарез, D>S. Ходит самостоятельно, походка спастико-паретическая, с преобладанием пареза справа. Вальгусная установка стоп. Сила мышц снижена в правых конечностях до 3,5 баллов в ноге, в руке - 1-3 балла, хуже в дистальных отделах, в левых- до 4,5 баллов. Мышечный тонус повышен по спастическому типу D>S. Рефлексы повышены с расширением зон D>S. Клонусы стоп D>S, симптом Бабинского с 2х сторон. Брюшные рефлексы вызываются, несколько живее слева.

Координаторная сфера: слева интенции при захвате нет. Правой рукой не захватывает, кисть преимущественно в кулаке. Ретракция лучезапястного сустава.

Чувствительность болевая и тактильная сохранена.

Вегетативно-трофическая сфера грубо не нарушена.

ВПФ: мать знает, контактна, выполняет простые команды, с предметами манипулирует, показывает предметы и животных на рисунках, запас навыков и представлений ниже возрастной нормы. Речь в пределах 30 слов, простые фразы. Указательный жест сформирован. Поведение при осмотре спокойное.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ:

Биохимический анализ крови 14.06.2018 г.

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Общий белок	62.00	г/л	-|---	60 - 80
Мочевина	2.90	ммоль/л	-|---	2.5 - 6.4
Креатинин	28.55	мкмоль/л	-|---	19 - 88
Холестерин общий	4.73	ммоль/л	---|-	2 - 5.2
Билирубин общий	5.00	мкмоль/л	-|---	2 - 13.7
АлАТ	13.00	МЕ/л	-|---	10 - 45
АсАТ	23.00	МЕ/л	-|---	10 - 42
КФК	126.00	МЕ/л	---|-	25 - 175
ЛДГ (общая)	214.00	Е/л	---|-	100 - 320
Фосфатаза щелочная(ФЩ)	200.00	МЕ/л	-|---	60 - 400
Глюкоза	4.50	ммоль/л	-|---	3.5 - 5.8

Анализ крови 14.06.2018 г.

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
(HGB) Гемоглобин	133.00	г/л	---|-	120 - 140
(RBC) Эритроциты	4.64	10^12/л	---|-	3.9 - 4.7
(MCH) Ср.содержание гемоглоб. в эритроц.	28.70	pg	<<---	30 - 35
(MCV) Ср. объем эритроцита	85.30	fL	---|-	75 - 87
(MCHC) Ср.содерж.гемоглоб. в эр-те	336.00	г/л	-|---	330 - 350
(RDW) Ширина распр.эр-тов по объему	12.0	%		
(RDW-SD) Ширина распр.эр.абс.зн.	37.20	fL		
(HCT) Гематокрит	39.6	%	---|-	36 - 42
(PLT) Тромбоциты	172.00	10^9/л	<<---	180 - 320
(PDW) Ширина распр.тр-тов по объему	17.0	%		

(MPV) Ср.объем тромбоцита	12.00	fL		
(PCT) Тромбокрит	0.2	%		
(P-LCR) Коэффициент больших тромбоцитов	44.30	%		
(WBC) Лейкоциты	6.94	10^9/л	---|-	4 - 9
(WBC без нормобластов) Лейкоциты	6.94	10^9/л		
(NEU%) Нейтрофилы	46.1	%		
(NEU#) Нейтрофилы	3.20	10^9/л		
(LYM%) Лимфоциты	42.1	%	--->>	19 - 37
(LYM#) Лимфоциты	2.92	10^9/л	---|-	1.2 - 3
(MONO%) Моноциты	9.2	%	---|	3 - 11
(MONO#) Моноциты	0.64	10^9/л	--->>	0.09 - 0.6
(EOS%) Эозинофилы	2.3	%	-|---	0.5 - 5
(EOS#) Эозинофилы	0.16	10^9/л	--|-	0.02 - 0.3
(BASO%) Базофилы	0.3	%	-|---	0 - 1
(BASO#) Базофилы	0.02	10^9/л	-|---	0 - 0.065
(NRBC%) Нормобласты	0.0	%		
(NRBC#) Нормобласты	0.00	10^9/л		
Палочкоядерные нейтрофилы %	2	%		
Палочкоядерные нейтрофилы #	0.14	10^9/л		
Сегментоядерные нейтрофилы %	44	%		
Сегментоядерные нейтрофилы #	3.05	10^9/л		
Эозинофилы %	3	%		
Эозинофилы #	0.21	10^9/л		
Базофилы %	0	%		
Лимфоциты %	41	%		
Лимфоциты #	2.85	10^9/л		
Моноциты %	10	%		
Моноциты #	0.69	10^9/л		
СОЭ (Метод Вестергрена)	2	мм/ч	-|---	0 - 20
Тромбоциты по Фонио (о/оо)	48	о/оо		
Тромбоциты по Фонио (#)	222.72	10^9/л		
Врач	Шабанова Е.Г.			

Вальпроевая кислота 14.06.18

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Вальпроевая кислота	89.34	мкг/мл		
Вальпроевая кислота	108.36	мкг/мл		

18.06.2018 Видео-ЭЭГ-Мониторинг дневного сна: при засыпании регистрируется продолженная генерализованная пик-волновая активность с доминированием по амплитуде в лобных отделах конвекса 350-500мкв (d > s) При углублении сна, продолженная непрерывная пик-волновая активность сменяется прерывистым эпи-паттерном в виде периодических генерализованных вспышек пик-волновой активности длительностью 1сек., частотой 1-2/с,амплитудой до 600мкв, чередующихся с 1,5 - 2-х секундными периодами резкого снижения амплитуды биопотенциалов, без эпи-активности. Из-за высокого индекса пик-волновой активности, сон не структурирован, стадии сна не дифференцируются. Состояние пробуждения и дневного сна без клинических проявлений.

18.06.2018 Компьютерная электроэнцефалограмма в кабинете: По данным КЭЭГ, выявляется продолженная генерализованная синхронно-билатеральная пик-волновая активность с акцентом по амплитуде в лобных отделах полушарий частотой 1-2/с, а также 1/в2с, амплитудой 300-400мкв. Из-за высокого индекса представленности пик-волновой активности в фоновой записи, функциональные нагрузки не проводились.

18.06.2018 УЗИ брюшной полости +УЗИ почек

ПЕЧЕНЬ не увеличена
Передне-задний размер правой доли 110 мм, левой 41 мм
Контуры ровные,край острый
Структура однородная
Эхогенность не изменена
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА не увеличена
Головка 14 мм, тело 8 мм, хвост 16 мм
Контуры ровные
Структура несколько неоднородная
Эхогенность не изменена
Вирсунгов проток не расширен
ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ - форма обычная
Просвет чистый
Стенки не изменены
СЕЛЕЗЁНКА не увеличена
Структура однородная
Эхогенность обычная

Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена
ПОЧКИ расположены обычно
Левая 92х35(12) мм
Правая 91х33(10) мм
Контуры – ровные
Паренхима дифференцировка сохранена
Эхогенность не изменена
Васкуляризация прослеживается до капсулы
Чашечно-лоханочный комплекс не расширен, стенки уплотнены

В стационаре проводилась терапия: Депакин-хроносфера 500 мг х 2 раза, Бензонал (100мг) ½ таб. х 2 раза, иновелон 400 мг х 2 раза, перампанел (файкомпа) 2 мг – отмена, эссенциале 1 капс. х 2 раза. На фоне проводимого лечения отмечается положительная динамика в виде уменьшения побочных явлений (вялости), улучшения самочувствия.

Ребенок выписывается под наблюдение невролога по месту жительства. Рекомендовано:

- Депакин-хроносфера 500 мг х 2 раза – постоянно, под контролем общего (тромбоциты) и б/х (печеночные ферменты) анализов крови 1 раз в 3-6 мес.
- Бензонал (100мг) ½ таб. х 2 раза – постоянно, под контролем общего (тромбоциты) и б/х (печеночные ферменты) анализов крови 1 раз в 3-6 мес.
- иновелон 400 мг х 2 раза – постоянно
- гидрокортизон в мегадозах по схеме:

300 мг/сут — 2 нед
240 мг/сут — 2 нед
180 мг/сут — 2 нед
120 мг/сут — 2 нед
60 мг/сут — 2 нед

затем — контроль ЭЭГ, далее по результатам:
при наличии эффекта — 60 мг/сут – 3-6 месяцев,
при отсутствии эффекта — 40 мг/сут - 2 недели.

Препарат принимать в 7.00 — 10.00 — 13.00 часов, разделив суточную дозу на 3 равных, запивать киселем, йогуртом, кефиром.

Одновременно с гидрокортизоном:

- омепразол 10 мг утром
- Са Д3 никомед 500 мг х 1 раз — 2 нед каждого месяца.
- панангин (аспаркам) 1 таб. х 3 раза
- Контроль АД. При стойком повышении выше 110/70 — конс-ция педиатра для подбора антигипертензивной терапии;
- при появлении стрий («растяжек») - обрабатывать маслом какао с вит Е ежедневно.

При отсутствии эффекта возможна попытка введения в схему вимпата (до 200 мг/сут в 2 приема) либо эксалиефа – 200-400-600-800 мг/сут однократно (с информированного согласия родителей - возрастные ограничения). Схему согласовать по телефону.

Курсы гепатопротекторной (эссенциале-форте Н, эсслиер, элькар, хофитол, урсосоан, урсофальк и т.д.) терапии проводить 2 раза в год - весна-осень - по 2 мес.

Выписана с улучшением, в состоянии средней тяжести.

Повторная госпитализация в ПНО-1 РДКБ 21.04.2019 г. Необходимые при поступлении документы указаны в памятке.

Лечащий врач: САВВИН Д.А.

И/О зав.отделением: САВВИН Д.А.

Врач-эксперт: БРЮСОВА И.Б.

100/60