



**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 25.06.2021

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 9167/21

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА № 11026/21А

ФИО	Смирнова Виктория Самвеловна		
Возраст	7 лет 3 мес	Дата рождения	24.02.2014
Адрес	РФ, Ставропольский край,		
Находился в отделении	Отделение психоневрологии и психосоматической патологии (53) тел. (499) 134-04-09		
Период пребывания	с 13.06.2021 по 25.06.2021		
Клинический диагноз: Основной	G80.0 Спастический церебральный паралич		
Клинический диагноз: Основной	Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез. GMFCS IV. MACS IV. Псевдобульбарный синдром. Вторичная микроцефалия. Умственная отсталость средней тяжести.		
Сопутствующий	Вывих правой бедренной кости, подвывих левой бедренной кости.		

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

- на задержку психо-речевого развития (не говорит),
- на задержку моторного развития (самостоятельно не садится, не сидит, не стоит, не ходит),
- на поперхивание жидкой и твердой пищей.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Ребёнок от II беременности (первая - м/а). Настоящая беременность протекала на фоне гестоза, тяжёлой преэклампсии. Роды на 32 неделе беременности, экстренное кесарево сечение (гестоз). Первая из двойни (второй ребенок здоров). Вес при рождении 1650 гр, оценка по шкале APGAR 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое. Находилась на ИВЛ в течение 10 дней.

Со слов мамы, отмечались эпизоды эпилептических пароксизмов с рождения. Выставлен диагноз в 1 месяц: неонатальные судороги. Назначен препарат вальпроевой кислоты (Конвулекс), однако мама самостоятельно отменила препарат. В дальнейшем стала отмечать ассиметричные серийные инфантильные спазмы с последующим присоединением одиночных приступов в виде поворота головы вправо с тоническим напряжением конечностей, длительностью до 5 минут, купирующийся самостоятельно.

Неоднократно проводился ЭЭГ мониторинг:

30.07.2018 г: эпилептиформная активность в виде единичных редких биполярно синхронных комплексов острая медленная волна.

12.2018 г: модифицированная гипсаритмия - диффузная дизритмия с мультирегиональной эпилептиформной активностью.

25.01.2021 года проведен ЭЭГ мониторинг при двигательной активности пациента и открытыми глазами: умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Задержка становления корковой ритмики. очаговой симптоматики и эпилептических паттернов не зарегистрировано.

По Данным КТ головного мозга от 16.05.2016 г: выраженная диффузная атрофия вещества головного мозга обеих гемисфер, мультикистозная энцефаломалиция, открытая гидроцефалия.

МРТ головного мозга от 07.2019: МР-картина грубого органического поражения вещества головного мозга с формированием диффузной кистозно-глиозной трансформации головного мозга, гипоплазия мозолистого тела, атрофическая вентрикуломегалия.

Наблюдается по месту жительства с диагнозом: Последствия раннего органического поражения ЦНС. ДЦП, спастический тетрапарез. Проходит регулярно курсы реабилитационных мероприятий.

Поступает планоо впервые для обследования и лечения.. Лечение до поступления: ее получает.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

На момент осмотра общемозговых, менингеальных симптомов нет. Голова микроцефальной формы, окружность головы 43.5 см. В сознании. Реакция на громкие раздражители присутствует, инструкции не выполняет. Речи нет. Произносит отдельные звуки.

ЧН: II – зрение ориентировочно снижено. III,IV,VI – глазные щели симметричны, S=D. Движения глаз вверх, вниз, в стороны ограничены. Взгляд фиксирует непродолжительно, прослеживает непродолжительно. Зрачки: округлой формы, 3 мм, D=S; реакция на свет прямая, содружественная снижены. V – движения нижней челюсти, трофика жевательных мышц не нарушены. VII – иннервация мимических мышц лица: гипомимична. VIII – слух ориентировочно не снижен. Непостоянный сходящийся страбизм. Нистагма нет. D=S. IX, X – мягкое небо: глотание нарушено, поперхивается, ест измельченную пищу. Фокация не нарушена. Мягкое небо при фокации подвижно. Глоточные и небные рефлексы высокие, симметричные. XI- Положение плеч, лопаток - ассимметрично. Грудинно-ключично-сосцевидные мышцы симметричны, голова - по средней линии. XII- положение языка – по средней линии.

Двигательные навыки: голову держит, самостоятельно не сидит, не стоит, не ходит. Мышечный тонус изменен по спастическому типу в верхних и нижних конечностях, S=D. Сухожильные рефлексы высокие, с расширением рефлексогенных зон, S=D.

Сгибательная контрактура правого тазобедренного сустава, пронаторная установка левой руки. Клонусы стоп. Тянется к предметам преимущественной правой рукой. Вложенную игрушку удерживает в правой руке.

Брюшные рефлексы живые, симметричные. Патологические рефлексы: Бабинский с двух сторон. Тазовые функции: центральные - не нарушены, навыки опрятности - не сформированы. Сон спокоен.

Эпизодов замираний, судорог на момент осмотра не наблюдалось.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Совместный осмотр с зав.отделения, д.м.н., профессором Кузенковой Л.М.

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,6С. Положение вынужденное. Вес 18кг. Рост стоя 104см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы физиологической окраски, чистые от сыпи. Слизистые оболочки чистые. Зев, миндалины: розовый. Подкожная клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: мышечная дистония по спастическому типу. Органы дыхания: носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 23 в минуту. Органы кровообращения: область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ритмичные.

ЧСС 90 уд. в минуту. Органы пищеварения: аппетит сохранён. Тошноты, рвоты нет. Слизистая рта без признаков воспаления. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Мочеполовая система: Мочеиспускание свободное, безболезненное. Дизурических явлений нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. МРТ Головного мозга 21.06.2021

Контрастное усиление не проводилось

Магнитно-резонансная томография головного мозга

МРТ исследование головного мозга проведено в режимах T1-ВИ, T2-ВИ, FLAIR, DWI, SWAN, 3D FSPGR в сагиттальной, аксиальной и коронарной плоскостях сканирования.

На MR томограммах головного мозга срединные структуры не смещены.

Объем белого вещества мозга уменьшен.

В больших полушариях головного мозга, больше справа, визуализируются значительные участки кистозно-глиозно-атрофических изменений вещества мозга с распространением глиозных изменений на область подкорковых структур (заднее бедро внутренних капсул, заднелатеральные отделы таламусов). Мозговой плащ в теменно-затылочных отделах справа истончен. Относительно интактны фронтальные отделы лобных долей, височная доля слева.

Боковые желудочки вторично расширены, деформированы, билатерально определяются порэнцефалические кисты, D>S. Третий и четвертый желудочки без особенностей.

Ликвородинамика компенсирована.

Мозолистое тело вторично истончено.

Киста прозрачной перегородки 3 мм.

Миндалины мозжечка не пролабируют в большое затылочное отверстие.

Субарахноидальное пространство больших полушарий мозга и мозжечка без особенностей. Турецкое седло обычной формы и размеров. Гипофиз не увеличен, однородной структуры.

В области орбит видимых патологических изменений не выявлено. Каналы зрительных нервов не деформированы. Перекрест зрительных нервов и воронка гипофиза не смещены.

В мостомозжечковых углах дополнительные образования не определяются.

Пневматизация пирамид височных костей и придаточных пазух носа не нарушена.;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Заключение: МР картина органического поражения вещества головного мозга с формированием обширных участков кистозно-глиозной трансформации вещества больших полушарий, истончения мозолистого тела, вторичной вентрикуломегалии.;

2. ЭХО - КГ 17.06.2021

АОРТА: не расширена, восходящая часть и дуга не изменены, на перешейке PGr – 9,01 mmHg; Диаметр восходящей аорты 15 мм; **АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН:** 3-х створчатый, створки и гемодинамика не изменены; PGr max 5,6 mm Hg; Vmax 1,18 m/s; При ЦДК регургитации нет; **ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ:** не расширена, ствол, правая и левая ветви не изменены; Диаметр ствола 16 мм; **КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:** створки, гемодинамика не изменены; PGr max 3,49 mm Hg; Vmax 0,93 m/s; При ЦДК физиологическая регургитация; **МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН:** створки, гемодинамика не изменены; При ЦДК регургитации нет; **ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН:** створки, гемодинамика не изменены; При ЦДК физиологическая регургитация; **ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ:** 22x29 мм; не расширено; **ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ:** 23x27 мм, не расширено; **МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА:** из анамнеза ООО, на момент осмотра данных за наличие сброса не получено; **ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК:** 13 мм; не расширен; **ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК:** КДР 30 мм; КСР 20 мм; ФВ 61 %; ЧСС 98; КДО 31 мл; КСО 12 мл; УО 19 мл; СВ 1,862 л/мин; СИ 2,615 л/мин/м²; Межжелудочковая перегородка 5,7 мм; не утолщена, интактна; Задняя стенка левого желудочка 5,1 мм; не утолщена; **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ:** дополнительная трабекула в полости левого желудочка; **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Полости сердца не расширены, стенки не утолщены, перегородки интактны, клапаны и крупные сосуды

не изменены, функциональные параметры сердца в норме.; беспокойна;

3. Зрительные вызванные потенциалы 17.06.2021

Исследование проводилось с фиксацией взора На вспышечный стимул; ЛЕВЫЙ ГЛАЗ: Латентность потенциала P 100 132 м/с; Повышена; Амплитуда потенциала P 100 2.23 мкВ; Снижена; ПРАВЫЙ ГЛАЗ: Латентность потенциала P 100 145 м/с; Повышена; Амплитуда потенциала P 100 11.1 мкВ; В норме; МЕЖОКУЛЯРНАЯ РАЗНОСТЬ ЛАТЕНТНОСТЕЙ: Повышена; МЕЖОКУЛЯРНОЕ АМПЛИТУДНОЕ СООТНОШЕНИЕ: Повышено; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При исследовании зрительных вызванных потенциалов в ответ на стимуляцию светодиодной вспышкой получены нестабильные ЗВП с обеих сторон. Запись изобилует артефактами в связи с эпилептиформной активностью. Слева и справа (D>S) латентность пика P100 превышает возрастную норму. Амплитуда пика P100 снижена слева, соответствует норме справа..

Заключение: с обеих сторон проведение зрительной афферентации на кору замедлено, слева снижена амплитуда пика P100. Рекомендуется консультация офтальмолога и контроль ЗВП;

4. Видео-ЭЭГ мониторинг 16.06.2021

Описание:

Параметры записи: Исследование проводилось в течение 1 часа в состоянии бодрствования с выполнением функциональных проб и во время физиологического сна. Запись осуществлялась на системе видео-ЭЭГ мониторинга Nicolet. Использовалась международная система наложения электродов «10-20», с применением дополнительных электродов: ЭКГ. Параметры записи: чувствительность 7-10 мкВ, фильтр высоких частот 70 Гц, фильтр низких частот 0,5-1 Гц. Применяемые монтажи: Биполярный классический, «Double banana», Поперечный, Усреднённый, Монополярный, Височный.

ЭЭГ в состоянии бодрствования:

Основной ритм отчетливо не определяется. Зональные различия сглажены.

Бета-активность не усилена, преобладает по передним и височным отделам, частотой 14-30 Гц, амплитудой до 20 мкВ, часто маскируется миографическими артефактами.

Медленноволновая активность представлена диффузно, избыточно, волнами тета-, дельта-диапазонов.

В бодрствовании зарегистрирована региональная эпилептиформная активность независимо:

-в правой затылочно-теменно-вертексной области (O2-P4-Pz), часто с формированием билатеральных заднепроекционных разрядов, в сочетании с продолженным региональным замедлением;

-в правой центральной области (C4);

-в теменном вертексном регионе с распространением на левую теменную область (Pz=>P3).

Эпилептиформная активность представлена одиночными и сгруппированными острыми волнами, комплексами острая-медленная волна амплитудой до 200 мкВ.

Индекс представленности варьировал от низких до средних значений, в среднем составил 20%.

Функциональные пробы:

При проведении ритмической фотостимуляции с частотой 3, 6, 10, 16, 20, 25, 30 Гц реакций усвоения ритма не отмечалось. Фотопароксизмальный ответ не зарегистрирован.

ЭЭГ сна:

Засыпание характеризовалось увеличением представленности медленноволновой активности.

Вторая стадия сна сопровождалась появлением нерегулярных «веретён сна», представленных периодически регистрирующимися вспышками ритмической активности в лобно-центральных и вертексных отделах, частотой 11-13 Гц, амплитудой до 180 мкВ.

Во сне зарегистрирована вышеописанная эпилептиформная активность, без значительного нарастания индекса представленности.

Кроме того, в лобных отделах S>D зарегистрированы пробеги быстроволновой

активности, иногда ритмичного характера.

Клинические события:

- Не отмечались.; Заключение: • Кортикальная ритмика значительно дезорганизована медленноволновой активностью. Основной ритм не зарегистрирован.
- Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики.
- Сон не дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна нерегулярные.
- В бодрствовании и во сне зарегистрирована региональная эпилептиформная активность независимо:
- в правой затылочно-теменно-вертектальной области (O2-P4-Pz), часто с формированием билатеральных заднепроекторных разрядов, в сочетании с продолженным региональным замедлением;
- в правой центральной области (C4);
- в теменном вертектальном регионе с распространением на левую теменную область (Pz=>P3).
- Индекс представленности варьировал от низких до средних значений, в среднем составил 20%.
- Во сне в лобных отделах S>D зарегистрированы пробеги быстрого волнового активности, иногда ритмичного характера.
- За время исследования эпилептических приступов не зарегистрировано.;

5. Рентгенография тазобедренных суставов 16.06.2021

ВИД ИССЛЕДОВАНИЯ:: цифровая рентгенография; Проекция: прямая проекция; На рентгенограмме тазобедренные суставы расположены ассиметрично; слева ниже на 0.4 см; Размеры головок бедренных костей: справа 28*11 мм; слева 28*11 мм; Контуры головок бедренных костей: справа четкие; ровные; слева четкие; ровные; недостаточно, скошены(а) с двух сторон; уплощены(а) с двух сторон; Контур вертлужной впадины: Справа - четкий; ровный; без эрозий; Слева - четкий; ровный; без эрозий; Контуры их с субхондральным уплотнением физиологическим; Дополнительные сведения: Снимок с нарушением укладки (вынужденное положение).; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: рентгенологические признаки соха "valga"; с двух сторон; Рентгенологические признаки дисплазии тазобедренных суставов с двух сторон, вывиха головки правой головки бедренной кости, латерализации левой головки бедренной кости;

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Логопед врач высшей категории Масленникова В.А.

16.06.2021.

ЖАЛОБЫ: на отсутствие речи.;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Девочка обследована в палате, полулежа в коляске, в присутствии мамы. Выглядит младше паспортного возраста, худощавого телосложения, общий тонус мышц повышен. Самостоятельно не передвигается, сидит с опорой, заваливается, плохо удерживает голову. Зрительный контакт скользкий, не поддерживает, к тактильному настрожена. Часто пальцы рук тянет в рот, сосет большие пальцы, может кусать свою руку. На звуковой и световой сигнал высокой интенсивности реакция отсрочена, на ласковый голос мамы появляется сглаженная улыбка.

Состояние органов артикуляции: тонус лицевых мышц, в значительной степени языка повышен, язык напряжен, горкой, отодвинут назад, укорочены верхняя загубная и подъязычная уздечки, низкое прикрепление к альвеолам, твердое небо высокое, неоднородной структуры, выражен небный шов, мягкое длинное, напряженное.

Артикуляционная моторика: отмечаются произвольные, плохо координированные движения языка и губ, может высовывать язык вперед, вибрировать губами. Взгляд на артикуляции взрослого не фиксирует, попыток копирования движений не отмечается. Может спонтанно поцокать язычком. Саливация.

Питается с общего стола, слегка измельчают пищу, может жевать небольшие кусочки, кашеобразной пищей поперхивается, давится. Поят из кружечки, жидкость подтекает, может захлебываться при попадании большого количества жидкости.

Воздушная струя не сформирована, при ощущении струи воздуха наступает торможение двигательной активности. Голос напряженный, истошающийся.

На вопрос "Где мама?" с тактильным подкреплением, и неоднократным повторением, отсрочено поворачивала голову в сторону мамы, появлялась сглаженная улыбка.

На момент обследования у девочки отмечаются маломодулированные, короткие, напряженные голосовые вокализации, несколько звуков гуканья и гыканья. Недавно появились несколько звуков лепета (ма-ма, па-па), которые она использует при крайней необходимости, произносит тихим голосом. В ходе эмоционально-речевого обращения взрослого с тактильным подкреплением незначительно повышалась голосовая активность ребенка, увеличения звуковой не отмечалось. Во время бодрствования голосовая активность возрастает, увеличивается продолжительность вокализаций.

О дискомфорте сообщает напряженным голосом, криком, нарастающим плачем.

Движения кистей рук не развиты, тонус мышц увеличен, трудности захвата, удержания игрушек и действий с ними.

РЕКОМЕНДАЦИИ: организация логопедического воздействия в строго щадящем режиме (логомассаж проводить по согласованию с лечащим врачом) с целью снижения степени проявления дефектов в артикуляционной моторике, снижения тонуса артикуляционных мышц, развития движений (пассивная и подражательная артикуляционная гимнастика), стимуляция эмоционально-мимических голосовых реакций, звуковой активности, формирования укладов звуков, активизации вокализаций, подражания артикуляционным движениям и звукам речи взрослого, зрительного и слухового сосредоточения.;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: системное недоразвитие речи, дизартрическая (спастическая) симптоматика у ребенка со сложной структурой нарушений.;

2. Физиотерапевт врач высшей категории Сахарова Е.В.

15.06.2021.;

РЕКОМЕНДАЦИИ: - курс сухих иммерсионных ванн;

- курс энтеральной оксигенотерапии;

- курс эпс-массажа на стопы, ладони и область живота;

3. Хирург Зубков П.А.

21.06.2021.

ДИАГНОЗ НЦЗД: Нейрогенная нестабильность правого тазобедренного сустава, вывих правой бедренной кости. подвывих левой бедренной кости. Контрактура правого тазобедренного сустава. ;

ЖАЛОБЫ: на ограничение движений в тазобедренных суставах, вывихи бедер.;

ДАнные ОСМОТРА: Голова по средней линии. Не ходит, сидит самостоятельно нижние конечности с приведением в тазобедренных и сгибанием в коленных суставах. Кифотическая ось позвоночника. Сгибательно-пронаторные установки верхних конечностей, движения в конечностях в полном объеме. Ось правой нижних конечностей неправильная, сгибательно-внутриротационная установка бедер. Ограничение отведения до 30° и избыточная внутренняя ротация до 80° в правом тазобедренном суставе. Движения в коленных суставах без ограничений. Ректус тест положителен, Hamstring слабоположителен с двух сторон. Эквинусная установка стоп, в нормокоррекцию выводится. Нейроциркуляторных нарушений в дистальных отделах конечностей нет.;

РЕКОМЕНДАЦИИ: - Оперативное лечение вывиха правого тазобедренного сустава в условиях нейроортопедического отделения с ортопедией в плановом порядке.

- ЛФК, массаж направленный на разработку движений в нижних конечностях.;

4. ЛФК врач высшей категории Новикова(9634) Е.В.

15.06.2021.

РЕКОМЕНДАЦИИ: Цель реабилитации: щадящее увеличение объема движений в суставах, обучение родителей

Базовые методы (постуральный менеджмент) :Прикладная кинезотерапия: лечение положением, стимуляция аутохтонной мускулатуры, 1 фрп, работа с укороченными мышцами щадяще, стимуляция разгибания и супинации предплечья, раскрытия кисти, щадящее увеличение объема движений в суставах, стопы Ц-01,5, обучение мамы

Высокотехнологичные методы (БОС/Роботизированная механотерапия):

Виброплатформа 12-14-16Гц с постепенным увеличением частоты

Дополнительные методы:массаж спины, верхних конечностей, ч/д нижних конечностей.;

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1) Режим- общий

2) Диета- стол № 15 школьный

3) Психолого-педагогическая коррекция

4) Реабилитационные мероприятия

- Прикладная кинезотерапия: лечение положением, стимуляция аутохтонной мускулатуры, 1 фрп, работа с укороченными мышцами щадяще, стимуляция разгибания и супинации предплечья, раскрытия кисти, щадящее увеличение объема движений в суставах, стопы Ц-01,5, обучение мамы.

- Высокотехнологичные методы (БОС/Роботизированная механотерапия):

- Виброплатформа 12-14-16Гц с постепенным увеличением частоты

- Массаж спины, верхних конечностей, ч/д нижних конечностей,

- курс сухих иммерсионных ванн;

- курс энтеральной оксигенотерапии;

- курс эпс-массажа на стопы, ладони и область живота

5) Ботулинотерапия препаратом ботулинического токсина типа А Диспорт в суммарной дозе 540 Ед, 16.0 ед/кг от 17.06.2021 г.

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

За время пребывания в отделении состояние девочки оставалось стабильным.

Проведен видео-ЭЭГ мониторинг для исключения эпилептической активности. Кортикальная ритмика значительно дезорганизована медленноволновой активностью. Основной ритм не зарегистрирован. Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики. Сон не дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна нерегулярные. В бодрствовании и во сне зарегистрирована региональная эпилептиформная активность независимо:

- в правой затылочно-теменно-вертексной области (O2-P4-Pz), часто с формированием билатеральных заднепроекторных разрядов, в сочетании с продолженным региональным замедлением;

- в правой центральной области (C4);

- в теменном вертексном регионе с распространением на левую теменную область (Pz=>P3).

Индекс представленности варьировал от низких до средних значений, в среднем составил 20%. Во сне в лобных отделах S>D зарегистрированы пробеги быстроволновой активности, иногда ритмичного характера. За время исследования эпилептических приступов не зарегистрировано. Учитывая отсутствие эпилептических приступов в анамнезе девочка в настоящее время не нуждается в назначении антиконвульсантной терапии.

Проведена рентгенография костей таза и тазобедренных суставов для исключения вывихов: рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон. Рентгенологические признаки дисплазии тазобедренных суставов с двух сторон, вывиха головки правой головки бедренной кости, латерализации левой головки бедренной кости. Консультирована ортопедом. Выставлен диагноз: "Нейрогенная нестабильность правого тазобедренного сустава, вывих правой бедренной кости, подвывих левой бедренной кости. Контрактура правого тазобедренного сустава". Рекомендовано оперативное лечение вывиха правого тазобедренного сустава в условиях нейроортопедического отделения с ортопедией в плановом порядке.

При исследовании зрительных вызванных потенциалов в ответ на стимуляцию светодиодной вспышкой получены нестабильные ЗВП с обеих сторон. Запись изобилует артефактами в связи с эпилептиформной активностью. Слева и справа (D>S) латентность пика P100 превышает возрастную норму. Амплитуда пика P100 снижена слева, соответствует норме справа. Заключение: с обеих сторон проведение зрительной афферентации на кору замедлено, слева снижена амплитуда пика P100.

С антиспастической целью проведена ботулинотерапия от 17.06.2021 г. препаратом ботулинического токсина типа А Диспорт в суммарной дозе 540 Ед, 16.0 ед/кг. Процедуру перенесла удовлетворительно. Побочных эффектов не отмечалось. Подробный протокол выдан маме на руки.

Проведено МРТ головного мозга с целью оценки в динамике состояния вещества головного мозга под анестезиологическим обеспечением. Перенесла удовлетворительно. Заключение: МР картина органического поражения вещества головного мозга с формированием обширных участков кистозно-глиозной трансформации вещества больших полушарий, истончения мозолистого тела, вторичной вентрикуломегалии.

Для определения объема реабилитационных мероприятий проведены консультации врача ЛФК, физиотерапевта. Согласно полученным рекомендациям проведен курс восстановительного лечения в полном объеме. Переносимость процедур удовлетворительная.

Ребенок в стабильном состоянии по соматическому статусу и положительной динамикой в виде увеличения двигательной активности выписывается домой под наблюдение специалистов по месту жительства.

Ребенку оказана высокотехнологичная медицинская помощь в соответствии с постановлением Правительства РФ № 2299 от 28.12.2020 (вид ВМП 12.00.42.001), метод лечения "комплексное лечение тяжелых двигательных нарушений при спастических формах детского церебрального паралича, врожденных, включая перинатальные, нейродегенеративных, нервно-мышечных и димиелинизирующих заболеваниях с применением методов физиотерапии (в том числе аппаратной криотерапии, стимуляционных токов в движении, основанных на принципе биологической обратной связи), кинезотерапии, роботизированной механотерапии и (или) ботулинотерапии под контролем комплекса нейровизуляционных и нейрофункциональных методов обследования."

РЕКОМЕНДАЦИИ

- 1) Наблюдение педиатром, неврологом по месту жительства.
- 2) Плановое оперативное лечение вывиха правого тазобедренного сустава в условиях нейроортопедического отделения с ортопедией в плановом порядке.
- 3) Контроль длительного видео-ЭЭГ мониторинга (1-3 часа) через 4-6 месяцев в динамике. В случае возникновения приступов - ранее.
- 4) Проведение интенсивными курсами ЛФК, массажа 3-4 раза в год в поликлинике, реабилитационных центрах и санаториях неврологического и ортопедического профилей по месту жительства. Так же дома ежедневно в хорошо переносимом ребенком объеме в домашних условиях, по аналогии с упражнениями, проводимыми в ходе реабилитации в отделении. Бассейн (плавание).
- 5) Соблюдение рекомендаций логопеда: организация логопедического воздействия в строго щадящем режиме (логомассаж проводить по согласованию с лечащим врачом) с целью снижения степени проявления дефектов в артикуляционной моторике, снижения тонуса артикуляционных мышц, развития движений (пассивная и подражательная артикуляционная гимнастика), стимуляция эмоционально-мимических голосовых реакций, звуковой активности, формирования укладов звуков, активизации вокализаций, подражания артикуляционным движениям и звукам речи взрослого, зрительного и слухового сосредоточения.
- 6) Продолжить систематические занятия с дефектологом по месту жительства.
- 7) Соблюдение ортопедического режима:

Ребенку с нарушением двигательной функции с целью реабилитации рекомендуется внести в ИПР:

- Кресло коляска для детей с церебральным параличом, с регулируемым углом наклона спинки, боковыми фиксаторами, подножкой. Возможностью сохранять позицию сгибания в тазобедренном суставе 90 градусов, коленном суставе 90 градусов, голеностопном суставе 90 градусов. Абдукционным элементом.

- Вертикализатор с возможностью разведения нижних конечностей в тазобедренном суставе под углом 20 градусов с каждой стороны. Вертикализация не менее 3 часов в сутки, дробно.

- Опора для сидения.

- Ходунки ролаторы, заднеопорный с пояснично-тазовым фиксатором.

- Аппарат на голеностопный сустав 2 шт. Afo.

- Тугор на голеностопный сустав 2 шт.

- Обувь на аппараты 2 пары.

- Обувь ортопедическая сложная 2 пары.

- В связи с несформированностью навыков опрятности нуждается в обеспечении памперсами.

8) Рентгенография тазобедренного сустава в прямой проекции раз в год.

9) Не проводить тепловые процедуры (парафин, озокерит, грязелечение) на область ног и рук в течение 4-х недель после инъекции!

10) Ребенку с выраженными двигательными нарушениями рекомендовано санаторно-курортное лечение ортопедического и неврологического профилей 2 раза в год.

11) Рекомендовано продление инвалидности по месту жительства.

12) Повторная госпитализация в ФГАУ "НМИЦЗД" Минздрава России для проведения комплексного нейрореабилитационного лечения по ВМП 08.11.2021 Г.

Контактов с инфекциями не было.

Лечащий врач



- Нежелская А.А.

Руководитель отделения



д.м.н, профессор - Кузенкова Л.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