

Центр медицинской реабилитации "ЭКЗАРТА"

г. Нижний Новгород, Казанское шоссе, д.18, корпус 1.

8 (831) 4290115

<http://www.ekzarta.ru>

(Общество с ограниченной ответственностью
«Меден») ОКПО 67778424 ОГРН 1105262006651
ИНН/КПП 5262254643/526101001)

Консультация невролога

Ф.И.О: Торохов Ярослав Петрович

Дата рождения: 2021 года

Возраст: 3 года 2 месяца

Жалобы: на значительное отставание в стато-моторном и психо-речевом развитии — самостоятельно голову не удерживает, не переворачивается, не сидит, не ползает; активной речи нет, затруднено понимание обращенной речи. Судорожные приступы с раннего возраста, постоянно получает противоэпилептические препараты. На данный момент сохраняется частота приступов до 1-3 раза в неделю, чаще после пробуждения от сна, короткие, проходят самостоятельно.

Нарушение ночного сна — у ребенка полностью не сформирован цикл сон-бодрствование, может не спать всю ночь и засыпать утром на несколько часов. Улучшение по режиму сна после коррекции ПЭП.

Периодически жалобы на шумное дыхание по типу стридора, шумного сопящего дыхания, затруднение отхождения слизи, возникает внезапно, также самостоятельно проходит — не беспокоили с конца весны 2024 года.

Непостоянно беспокоят запоры, по несколько дней, часто стул только после микроклизмы, также стул появляется после занятий.

Anamnesis vitae: Ребенок от 4 беременности, протекавшей на фоне длительного безводного периода, критического маловодия. (1я, 2я — м/а, 3я б замышая). Роды 1 оперативные преждевременные на сроке 31 неделя гестации. После рождения состояние тяжелое, вес 1750г, оценка по Апгар 7/7 баллов, введен Курсорурф. Постепенное нарастание ДН, переведен на ИВЛ. Стационарное лечение в ОРИТ НОДКБ с Дз: недоношенность 31 г/г, тяжелое поражение ППЦНС гипоксически-ишемически-геморрагического генеза.

Стационарное лечение в неврологическом отделении ДГКБ №1 с 16.01.22 по 27.01.22г с Дз: структурная фокальная эпилепсия: фокальный моторный приступ. Стойкое органическое поражение нервной системы, спастический тетрапарез. Функциональное расстройство ЖКТ, синдром запоров. Назначен прием Конвулекса по жизненным показаниям.

Впервые в ЦМР «Экзарта» обратились в июле 2022 года, с ребенком регулярно, без длительных перерывов проводятся занятия по нейростимулирующим методикам: функциональная терапия в педиатрии, Войта-терапия, Бобат-терапия с умеренным стабильным положительным эффектом.

Развитие на первом году жизни: с грубым отставанием, голову не удерживает, не переворачивается, не сидит, не ползает.

Проведенное обследование:

НСГ от 18.01.22г: признаки выраженной внутренней гидроцефалии с резким истончением паренхимы головного мозга в обоих полушариях, тромб в проствете отверстия Монро?

МРТ головного мозга от 20.01.22г: МР-картина диффузной энцефаломалации больших полушарий, постгеморрагических изменений головного мозга, признаки гипоинтенсивных включений в области отверстий Монро с обеих сторон (тромбы? Расширенные венозные сосуды?).

НСГ от 15.08.22г: признаки выраженной гидроцефалии.

Нейрохирург от 21.01.22г: показаний к хирургическому лечению нет.

ВЭЭГ 1 час от 10.03.22г: выраженные диффузные изменения корковой ритмики: основной ритм не прослеживается, зональный градиент не выражен, физиологические паттерны сна не прослеживаются. Эпиактивность в правых центр-теменных и вертексных отведениях иногда с латерализацией по отведениям правого полушария. На отдельных фрагментах эпиактивность в виде сглаженных КОМВ в правой височной области. Эпиприступы и их паттерны не зарегистрированы.

КТ головного мозга от 16.02.23г: КТ-картина гидранцефалии.

НСГ от 19.06.23г: компенсаторная вентрикуломегалия, тотальная лейкомаляция.

ВЭЭГ 2 часа от 22.02.24г: выраженные диффузные изменения корковой ритмики: доминирующий основной ритм практически не прослеживается, зональный градиент не выражен, физиологические паттерны сна не прослеживаются. Периодически в ходе исследования, преимущественно во сне, с низким индексом представленности эпиактивность КОМВ в левых височных, лобно-височных отведениях. На отдельных фрагментах в правых височных отведениях сглаженные КОМВ, Эпиприступы и их паттерны не зарегистрированы.

Эпилептолог от 04.05.24г: Симптоматическая структурная эпилепсия с асимметрично-тоническими приступами. Депакин Хроносфера в СД 350 мг.

Аллерголог-иммунолог от 27.06.24г: персистирующий аллергический ринит смешанного генеза на фоне основного заболевания, противоэпилептического лечения. Даны рекомендации по лечению.

Концентрация вальпроевой кислоты от ноября 2024г: 60

УЗИ ОБП от ноября 2024г: осмотр затруднен, повышенная пневматизация кишечника. Органической патологии не выявлено

Проведенное лечение: постоянно получает противоэпилептические препараты — Депакин Хроносфера в СД 350 мг.

Неврологический статус.

Состояние по заболеванию: тяжелое, стабильное, положение тела вынужденное.

Сознание, поведение при осмотре: ясное, реагирует спокойно, зрительного контакта нет, на игрушку визуально не реагирует, на звук замирает, прислушивается кратковременно, чуть открывает рот. На имя не откликается.

Менингеальные знаки отрицательные.

Черепно-мозговые нервы: зрачки $d=s$, фотореакции живые, движения глазных яблок не ограничены, нистагм непостоянно горизонтальный, больше с отведением вправо. Косоглазия явного нет. Точки выхода ветвей V пары ЧН ориентировочно безболезненны, чувствительность на лице ориентировочно не нарушена, лицо симметрично, слух — в норме, глотание и фонация — ест обычную пищу, чуть размягченную, давится и поперхивается редко, повышено слюноотделение. Язык по средней линии.

Двигательная сфера: объем активных движений грубо ограничен за счет тяжести состояния, объем пассивных движений ограничен во всех крупных суставах за счет мышечных контрактур.

Мышечный тонус: повышен в конечностях по спастическому типу, больше в левых конечностях, напряжение по шейно-затылочной группе мышц, в лопаточных мышцах, вт грудных мышцах, мягких тканях черепа; снижен в глубоких мышцах-стабилизаторах позвоночника, проксимально в конечностях.

Сухожильные рефлексы высокие, $d=s$, с расширением рефлексогенных зон, клонусы стоп с 2х сторон, больше справа.

Чувствительность ориентировочно не нарушена.

Походка: -

Функции тазовых органов не контролирует, периодически беспокоят функциональные запоры.

Высшие психические функции: грубое отставание в психо-речевом развитии — к знакомой обращенной речи от прислушивается, эмоционально реагирует на разные интонации в речи, любит слушать знакомые голоса, начал улыбаться. Периодически прослеживает взглядом за знакомыми лицами. В речи отдельные звуки, по типу начальных проявлений лепета, появляются по желанию.

Реакции положения (диагностика по Войта):

Реакция тракции — на новорожденного, позвоночник не удерживает, голову не удерживает

Реакция Войта — на новорожденного

Реакция при горизонтальном подвешивании по Коллису — на новорожденного

Реакция при аксилярном подвешивании — на новорожденного

Реакция Ландау — на новорожденного

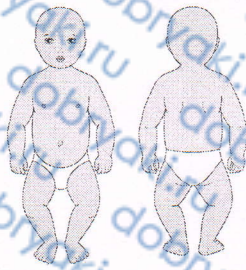
Объективно: череп гидроцефальной формы, спонтанная двигательная активность ограничена.

На спине — лежит чуть асимметрично, голову по средней линии не удерживает, чаще поворачивает голову вправо. Туловище чуть изогнуто, повернуто больше вправо. Руки близко прижаты к туловищу, кулаки чаще закрыты. Ноги приведены, близко друг у другу, пальцы стоп чаще поджаты. Контакт рука-рука, рука-рот нет. Ножки не поднимает и не удерживает над поверхностью.

На животе — лежит асимметрично, голову не поднимает и не удерживает, стабильнее лежит при повороте головы вправо. Опоры на предплечья нет. Руки прижаты к туловищу, кулаки закрыты. Ноги на поверхности, поджаты.

При эмоциональном возбуждении возникает тремор в конечностях, еще больше напряжение в конечностях, руки очень сильно поджимает к туловищу, кулаки сжаты, наклон туловища вправо, поворот головы вправо, чуть постанывает. Успокаивается самостоятельно. Периодически дистонические движения с поворот головы вправо и запрокидыванием назад, небольшим сгибанием туловища вправо, открыванием рта.

Судорожные приступы: сильное покраснение лица, тоническое напряжение, наклон туловища вперед, резкое раскидывание рук и судорожные приступы. Также отмечаются приступы по типу адверсии головы вправо отведения глаз вправо и их резкого подергивания.



На фоне проводимой реабилитационной терапии: сохраняется стабильное состояние ребенка, улучшается качество его жизни — на фоне занятий реже беспокоят запоры, увеличивается общая двигательная активность, гораздо менее выражена спастичность в конечностях, общее положение тела более физиологичное и комфортное, реже эпизоды общего тонического напряжения тела на фоне эмоционального возбуждения. Становится более эмоциональным, лучше реагирует на обращенную к нему речь, увеличивается речевая продукция.

ДИАГНОЗ: Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез, GMFCS V. Последствия тяжелого перинатального гипоксически-ишемически-геморрагического поражения головного мозга. Заместительная смешанная гидроцефалия, гидранэнцефалия. Грубое отставание в стато-моторном и психо-речевом развитии. Симптоматическая структурная эпилепсия с асимметрично-тоническими приступами. Персистирующий аллергический ринит.

Рекомендации:

Учитывая анамнез заболевания, тяжесть состояния ребенка, стабильный умеренный положительный эффект от проводимой терапии, продолжить занятия **в индивидуальном щадящем режиме постоянно, длительно**

1. Индивидуальные занятия по нейростимулирующим методикам:

- функциональная терапия в педиатрии в сочетании с Войта-терапией №40
- функциональная терапия в педиатрии в сочетании с Бобат-терапией №20

2. Занятия самостоятельно дома по элементам нейростимулирующих методик.

3. Постоянное наблюдение у epileптолога, прием противоэпилептических препаратов в соответствии с рекомендациями epileптолога.

4. Контроль ВЭЭГ, концентрации вальпроевой кислоты. Контроль НСГ, КТ головного мозга.

Цель реабилитации:

1. Поддержание стабильного состояния, улучшение качества жизни ребенка

2. Увеличение общей двигательной активности, уменьшение спастичности в конечностях, общего тонического напряжения в теле

3. Стимуляция моторных навыков в рамках моторного онтогенеза с учетом тяжести состояния ребенка (подъем и удержание головы, контакт рука-рука, более стабильное и комфортное положение на спине и животе).

4. Увеличение речевой продукции, понимания обращенной речи, социальных навыков с учетом тяжести состояния.

План реабилитации:

1. Работа с глубокими мышцами-стабилизаторами позвоночника

2. Работа с черепными швами, тканями и костными структурами черепа

3. Работа по мышечным лентам, в первую очередь глубинная лента

Повторный осмотр через 4-6 месяцев, динамическое наблюдение постоянно в ходе реабилитации

Дата 28.11.2024г

Врач невролог Федорина Н.А. /

