

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
имени Л.И. ШВЕЦОВОЙ

125362, Москва ул. Лодочная, д. 15, корпус 2, телефон (факс): (499) 493 50 49

Выписка из истории болезни № 3

Зайцев Арсений Алексеевич, 22.01.2012 года рождения. Поступил 10.01.2020 г. в отделение медико-социальной реабилитации детей на нестационарную форму, продолжает реабилитацию по настоящее время.

Диагноз: (G80.4) Детский церебральный паралич, атонически-астатическая форма. Гиперкинетический синдром. GMFCS III-IV уровень. Состояние после реконструктивно-пластического хирургического вмешательства по поводу сгибательных контрактур коленных суставов и эквино-плоско-вальгусной деформации стоп от 10.10.2019 г. Дизартрия. Частичная атрофия зрительных нервов. Гиперметропический астигматизм слабой степени.

Жалобы при поступлении: на нарушение координации и равновесия, невозможность самостоятельной ходьбы, нарушение речи.

Анамнез заболевания (со слов мамы и по данным представленной мед. документации): ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне маловодия во II триместре. Роды в срок, самопроизвольные. Вес при рождении 3280 г, длина 52 см, по шкале Апгар 8/9 баллов. Развитие: повороты с 4-х месяцев, сидит с 5-6 месяцев, ползает с 7 месяцев, встал у опоры в 8 месяцев. С возраста 9 месяцев у ребенка появился нистагм, стал подергивать головой, неустойчиво сидеть, появилась атаксия при пассивной вертикализации. Длительно обследовался, в 2015г. в НПЦ ДП выставлен диагноз: ДЦП, атонически-астатическая форма. Гиперкинетический синдром. Неоднократно проходил курсы восстановительного лечения с положительной динамикой. Судорог в течение жизни не было.

10.10.2019 г.: выполнено реконструктивно-пластическое хирургическое вмешательство на костях стопы с двух сторон (операция по Спсе. остеотомия пяточной и таранной костей) с использованием костного аутотрансплантата (забор аутотрансплантата малоберцовой кости); тенотиомия m. gracilis, апоневротомия m. semimembranosus, транспозиция m. semitendinosus, апоневротомия m. gastrocnemius, тенотомия m. tibialis posterior.

Рентгенография обеих стоп с имитацией нагрузки в 2-х проекциях от 10.10.19г (после операции): состояние после остеотомии пяточной и таранной костей обеих стоп, малоберцовой кости слева, дефект малоберцовой кости 3 см, положение аутотрансплантата в зоне подтаранного синуса обеих стоп корректное, остеосинтез пяточной, таранной костей и аутотрансплантата спицей Киршнера. Положение спиц корректное, длина достаточная. Линия Shade правильная, покрытие головки таранной кости полное с двух сторон.

В дальнейшем проводилась длительная гипсовая иммобилизация (7 недель).

В НПЦ ОМСРД поступил планово для очередного курса реабилитации.

Проведенные ранее обследования:

МРТ головного мозга от 09.2013г: умеренные постгипоксические изменения вещества головного мозга. Аномалия Киари I.

ЭЭГ от 09.2016г.: типичной эпилептиформной активности нет.

ЭЭГ от 16.01.2017г. типичных эпилептиформных знаков и очаговой медленноволновой активности не зарегистрировано.

ЭЭГ от 28.08.18г: эпилептиформной активности нет.

Проводилось сегментирование экзоза: обнаружено 2 мутации в гене LAMA 1, ответственного за возникновение синдрома Poretti-Boltshauser с аутосомно-рецессивным типом наследования.

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, чистые. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в 1 мин. Тоны звучные, ритмичные. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 93 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги.



Селезенка перкуторно не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез адекватный. Стул регулярный.

Неврологический статус: сознание ясное, контактен. Обращенную речь понимает, собственная речь – развернутое предложение, скандированная речь, дизартрия. Инструкции выполняет. Общемозговых и менингеальных знаков нет. ЧМН: глазные щели и зрачки D=S, пареза взора нет, лицо симметрично, постоянный среднеамплитудный горизонтальный нистагм, язык по средней линии. Мышечный тонус в конечностях дистоничен. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D=S, расширение рефлексогенных зон. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Гиперкинезы конечностей. Мелкая моторика рук сформирована недостаточно. Координационные динамические пробы: интенционный тремор, дисметрия, Деформация стоп. Ползает, садится и сидит с кифозированной спиной, стоит с поддержкой, ходит с поддержкой за две руки, может пройти короткое расстояние в медленном темпе вдоль опоры, статическая и динамическая атаксия. Функции тазовых органов контролирует. Навыки самообслуживания сформированы соответственно функциональным возможностям.

Оценка двигательных функций по шкале Gross Motor Function Classification System: III-IV уровень.

Получая лечение:

1. Парафинотерапия на п/кр отдел, т/б суставы
2. Ручной массаж п/кр отделов + н/к
3. СМВ на т/б суставы
4. Электростимуляция б/берцовых мышц, мышц спины, ш.в.з.
5. ТНЧ на г/с суставы
6. ИКД
7. Лечебная гимнастика индивидуально
8. Циклическая механотерапия для в/к
9. Занятия на конном тренажере «Fortis»
10. Пневмостимуляция опорных точек стоп в режиме ходьбы на аппарате «Korvit»
11. Занятия на системе локомоторной терапии в режиме беговой дорожки
12. Комплекс динамических и статических упражнений на платформе COBS
13. Аппаратный массаж стоп
14. Коррекция двигательного стереотипа
15. Коррекционно-развивающие занятия с логопедом, дефектологом, психологом, занятия по социально-бытовой адаптации.

Рекомендовано:

1. Повторные курсы реабилитации в специализированных учреждениях.
2. Амбулаторно курсы массажа, ЛФК, логотерапия.
3. Санаторно-курортное лечение

Лечащий врач-невролог
Руководитель СРП, врач-педиатр
Заведующая ОМСРД, врач-невролог



Словцова К.С.
Бушуева М.В.
Житникова А.Ю.



Удивительно быстрый и мощный инструмент для сканирования и распознавания текстовых документов и QR-кодов

