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

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 6997/22

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА № 8771/22А

ФИО **Журавлева Ульяна Сергеевна**	
Возраст **3 г. 7 мес** Дата рождения **26.09.2018**	
Адрес **РФ,**	
Находился в отделении	**Отделение психоневрологии и психосоматической патологии** **тел. (499) 134-04-09**
Период пребывания	**с 16.05.2022 по 30.05.2022**
Клинический диагноз: Основной	**G80.1 Спастическая диплегия**
Клинический диагноз: Основной	**Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFCS III. Дизартрия.**
Сопутствующий	**Мочекаменная болезнь. Конкремент левой почки. Гиперметропический астигматизм, альтернирующий расходящийся рефракционный страбизм..**

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

на двигательные нарушения (самостоятельно не стоит, не ходит)

на нарушение остроты зрения.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Ребенок от 5 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, гестоза I половины беременности. От 4 преждевременных родов ОКС в сроке 28 недель. Масса при рождении - 1200г, длина - 44 см, Оценка по шкале Апгар - 7 баллов. После рождения ИВЛ, заинтубирована. Переведена в ОПН в связи с недоношенностью, пневмонией, дыхательной недосатоточнсоттю, неонатальной желтухой, анемией недоношенного, фомированием бронхолегочной дисплазии. Выписана в возрасте 1,5 мес.

В роддоме выявлен повышенный уровень 17-ОПГ в первом бланке, во втором 20,7 (норма до 25), В 1 мес на УЗИ почек и мочевого пузыря выявлены микролиты с обеих сторон. Наблюдается в Ставропольской КДКБ с диагнозом Тубулопатия с нефрокальцинозом. ПН0.

С рождения наблюдаетя неврологом по поводу перинатального поражения ЦНС, синдрома двигательных нарушений. В 1 год голову не держала, не сидела, не стояла, установлен диагноз: "ДЦП, спастичсекая диплегия", оформлена инвалидность.

Консультирована урологом-андрологом МЗ СК Панченко И.А. - выставлен диагноз Мочекаменная болезнь. Микролиты, конкременты обеих почек. Канефрон- без эффекта.

Ребенок систематически проходит курсы реабилитации, ботулинотерапии по месту жительства.

КТ от 2021- смешанная гидроцефалия, атрофия паренхимы гемисфер.

ЭЭГ от 07.2020- эпилептиформной активности не выявлено.

Рентгенограмма т/б суставов: 01.2020 - суставы стабильны.

Консультирован окулистом: Расходящееся косоглазие. Простой гиперметропический астегматизм OD. Сложный гиперметропический астигматизм OS. Проводится очковая коррекция.

Последний курс реабилитации и ботулинотерапии в марте 2022г.

Данная госпитализация в НМИЦ ЗД первичная плановая для диагностики и лечения.

Лечение до поступления: не получает

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Общемозговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра не выявлено. В сознании, на осмотр реагирует адекватно. Зрительный контакт хороший. Целенаправленное внимание привлекается, удерживается. Импрессивная речь - понимает в полном объеме. Экспрессивная речь – фразовая, умеренная дизартрия. Игра ролевая. Знает цвета, счет.

ЧН: I- обоняние не нарушено, II – зрение сохранено, прослеживает, D=S. III,IV,VI – глазные щели симметричные - OS=OD. Конвергенция достаточная. Расходящийся страбизм. Зрачки: округлой формы, D=S, реакция на свет прямая, содружественная сохранены. V – движения нижней челюсти, трофика жевательных мышц не нарушены.VII – иннервация мимических мышц лица: не нарушена.VIII – острота слуха не снижена. Нистагма нет, D=S. IX, X – Фонация не нарушена. Мягкое небо при фонации подвижно. Глоточные и небные рефлексы не нарушены, симметричные. XI- Грудинно-ключично-сосцевидные мышцы симметричны. XII- положение языка – в полости рта, по срединной линии. Двигательная сфера: объем активных движений органичен в суставах нижних конечностей из-за тонусных нарушений.Походка парапаретическая. с поддержкой. Умеренная дискоординация мелкой моторики. Мышечный тонус спастичен преимущественно в нижних конечностях, S=D. Сухожильные рефлексы высокие, без четкой разницы сторон, рефлексогенные зоны расширены. +рефлекс Бабинского jnhbwfntkmysq с двух сторон. Координаторная сфера:пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, предметы захватывает без интенции, дисметрии, правой рукой увереннее.

Чувствительность:болевая и тактильная не нарушены.

Тазовые функции: не нарушены, центральная регуляция сформирована по возрасту.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Совместный осмотр с заведующей отделением д.м.н. проф. Кузенковой Л.М.. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,6 С. Положение активное. Вес 13кг. Рост стоя 93см. ППТ 0,58кв.м. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистые оболочки чистые. Зев, миндалины: розовый. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена симметрично, отёков нет.. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: выраженных деформаций нет. Органы дыхания: носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД-28 в мин.. Органы кровообращения: тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС-96 в мин.. Органы пищеварения: аппетит сохранен. Живот мягкий, безболезнен, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный, 1-2 раза в день.. Мочеполовая система: сформирована по женскому типу, дизурии нет. Нервная система: см.неврологический статус; Органы чувств: видит, слышит.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. МРТ Головного мозга 18.05.2022

; № исследования MR_Optima 450_19062

МРТ исследование головного мозга проведено в режимах Т1-ВИ, Т2-ВИ, FLAIR, DWI, SWAN, FSPGR BRAVO в сагиттальной, аксиальной и коронарной плоскостях

сканирования.
На МР-томограммах головного мозга срединные структуры не смещены.
Миелинизация белого вещества по возрасту.
Объем белого вещества уменьшен.
Перивентрикулярно в области боковых желудочков визуализируются участки глиозных изменений, наиболее вероятно, постгипоксического генеза.
В области ствола и мозжечка, а также краниовертебрального перехода, очагов патологически измененного МР-сигнала, зон кровоизлияний, а также новообразований не выявлено.
Желудочковая система: боковые желудочки симметричны, вторично расширены, подтянуты к зонам изменений, контуры их неровные. Третий желудочек поперечным размером до 5-6 мм. Четвертый желудочек не расширен, не деформирован. Ликвородинамика не нарушена.
Мозолистое тело сформировано.
Субарахноидальное пространство лобно-височных отделов диффузно умеренно расширено.
Турецкое седло обычной формы и размеров. Гипофиз не увеличен. Дифференциация на адено- и нейрогипофиз отчетливая. Воронка гипофиза и зрительный перекрест не смещены.
Зрительные нервы и хиазма истончены, ход зрительных нервов не изменен.
Пневматизация придаточных пазух носа сохранена.
Глоточная и небные миндалины увеличены в размерах с сужением просвета воздушных путей.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ Заключение: МР картина перивентрикулярной лейкопатии, наиболее вероятно, гипоксически-ишемического генеза; вторичного расширения боковых желудочков (ликвородинамика не нарушена), истончения зрительных нервов и хиазмы.
Увеличение размеров глоточной и небных миндалин с сужением просвета воздушных путей.; Диагноз G80.1;

2. МРТ Пояснично-крестцового отдела позвоночника 26.05.2022

Область исследования МРТ Пояснично-крестцового отдела позвоночника; ОПИСАНИЕ
GE 3T Discovery 750

Дата исследования	26.05.2022г.
Ф.И.О., возраст	Журавлева У.С., 3 года
№ исследования	MR_ Discovery_17376
№ истории болезни	6997/22
Контрастное усиление	не проводилось

Магнитно-резонансная томография
пояснично-крестцового отделов позвоночника

При МРТ исследовании пояснично-крестцового отделов позвоночника получены Т1- и Т2-взвешенные изображения в сагиттальной, коронарной и аксиальной плоскостях сканирования, а также ИП STIR.
В положении исследования физиологический поясничный лордоз сохранен, ось поясничного отдела позвоночника не отклонена.
Позвонки не смещены относительно друг друга. Позвоночный канал не сужен. Признаков отека костной ткани не выявлено.
Высота тел позвонков не снижена. Форма позвонков сохранена.
Замыкательные пластинки тел позвонков ровные, четкие.
Позвонки крестцового отдела без особенностей.
Высота и гидрофильность межпозвонковых дисков сохранена. Значимых пролабирований межпозвонковых дисков не отмечается, диск на уровне L5/S1 минимально выстоит за контур содружественных замыкательных пластин.
Дуральный мешок не деформирован.
Нервные корешки без особенностей, свободно

расположены в межпозвонковых отверстиях.
Спинной мозг с четкими, ровными контурами, однородной структуры, конус расположен на уровне L1, далее делится на нити конского хвоста.
Паравертебральные мягкие ткани без особенностей.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ МР-данных за патологические изменения пояснично-крестцового отделов позвоночника не выявлено.; Диагноз G80.1;

3. УЗИ Органов брюшной полости 19.05.2022

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: нормальный; Размер не увеличен; 49х18 мм; Форма правильная; Стенки не изменены; Просвет свободен; ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:; экранирована; ПЕЧЕНЬ: Размер средний; ЛД 60; Первый сегмент 19 мм; ПД 93; Контур ровный; Паренхима умеренно неоднородная, средней эхогенности; Воротная вена 5,5 мм; Печеночные вены не изменены мм; СЕЛЕЗЕНКА: нормальная; Размер выше среднего; 74х33 мм; Паренхима однородная, средней эхогенности; Селезеночная вена не расширена мм; ЖЕЛУДОК: Секрет нет; Стенки нормальные; ДВ.ПЕРСТНАЯ КИШКА: Секрет нет; Стенки нормальные; ОПИСАНИЕ: Расширены дистальные отделы толстой кишки, в просвете плотное содержимое; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ картина диффузных паренхиматозных изменений печени, выраженный метеоризм .;

4. Зрительные вызванные потенциалы 20.05.2022

Исследование проводилось с фиксацией взора На вспышечный стимул; ЛЕВЫЙ ГЛАЗ: Латентность потенциала Р 100 143 м/с; Повышена; Амплитуда потенциала Р 100 23.2 мкВ; В норме; ПРАВЫЙ ГЛАЗ: Латентность потенциала Р 100 148 м/с; Повышена; Амплитуда потенциала Р 100 27.7 мкВ; В норме; МЕЖОКУЛЯРНАЯ РАЗНОСТЬ ЛАТЕНТНОСТЕЙ: В норме; МЕЖОКУЛЯРНОЕ АМПЛИТУДНОЕ СООТНОШЕНИЕ: В норме; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: При исследовании зрительных вызванных потенциалов в ответ на стимуляцию светодиодной вспышкой получены четкие, высокоамплитудные ЗВП с обеих сторон. Слева и справа латентность пика Р100 умеренно превышает возрастную норму.

Заключение: с обеих сторон проведение зрительной афферентации на кору замедлено.;

5. УЗИ Почек и мочевого пузыря 19.05.2022

ЛЕВАЯ ПОЧКА: нормальная; Размер средний; 76х23 мм; Положение в типичном месте; Паренхима дифференцирована; ЧЛС не расширена, в проекции верхней группы чашечек определяется гиперэхогенное округлое образование с дистальной акустической тенью диаметром 5мм- конкремент; Сосуды при ЦДК к/ток не изменен; Мочеточник не расширен; ПРАВАЯ ПОЧКА: нормальная; Размер средний; 76х28 мм; Положение в типичном месте; Паренхима дифференцирована; ЧЛС не расширена; Сосуды при ЦДК к/ток не изменен; Мочеточник не расширен; МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: -; V~18ml; Стенки -; Просвет -; Остаточный объем --; Ортпроба -; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ картина конкремента левой почки;

6. Рентгенография общий 17.05.2022

Область исследования тазобедренные суставы; Вид исследования цифровая рентгенография; Проекция рентгенограммы прямая; Описание: На рентгенограмме суставы расположены асимметрично.
Крыши вертлужных впадин сформированы недостаточно, скошены с двух сторон, с ровным четким контуром, субхондральный остеосклероз незначительный.
Головки бедренных костей центрированы в вертлужных впадинах. Размеры головок бедренных костей асимметричные, справа 21х13 мм, слева 20х12 мм, контур их ровный четкий.
Ацетабулярный угол, грд (N=12-18): справа - 30 ; слева - 21 .
ШДУ, грд (N=132-144): справа - 146 ; слева - 154 .
Степень костного покрытия: справа- 71% ; слева- 80% .
Линии Шентона: справа- прерывна ; слева- прерывна .
Прозрачность костной структуры не повышена.
Суставные щели не изменены.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рентгенологические признаки дисплазии тазобедренных суставов с двух сторон, coxa valga с двух сторон;

7. Видео-ЭЭГ мониторинг 23.05.2022

Описание: Жалобы: На задержку моторного развития, ухудшение зрения.

Принимаемые препараты: АЭП не принимает.

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, ЭМГ (на дельтовидных мышцах).

ЭЭГ в состоянии бодрствования:

Основной ритм представлен регулярным, устойчивым, слабо модулированным предшественником альфа-ритма, частотой 7-8 Гц, амплитудой до 110 мкВ, регистрирующимся в затылочных отведениях, с распространением на задневисочные и теменные отделы полушарий, периодически дезорганизован одиночными и группированными колебаниями тета волн.

В центральных отделах регистрируется нерегулярный, устойчивый сенсомоторный ритм, частотой около 8-9 Гц, амплитудой до 30 мкВ.

Зональные различия выражены отчётливо.

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

Медленноволновая активность представлена диффузно, невысоким индексом, преимущественно волнами тета-диапазона, по амплитуде не превышающими основной ритм.

ЭЭГ активного бодрствования характеризовалось доминированием полиморфной, преимущественно среднеамплитудной дезритмической активностью, представленной короткими пробегами низкоамплитудной быстроволновой активности в сочетании с колебаниями более низких частотных диапазонов.

Функциональные пробы:

Реакция активации выражена отчётливо.

При проведении ритмической фотостимуляции с частотой 3, 6, 10, 16, 20, 25, 30 Гц реакций усвоения ритма не отмечалось. Фотопароксизмальные ответы не зарегистрированы.

ЭЭГ сна:

Засыпание характеризовалось уплощением, фрагментацией и последующей редукцией основного ритма, появлением одиночных и сгруппированных вертексных потенциалов, амплитудой до 170 мкВ.

Вторая стадия сна сопровождалась появлением «веретён сна», представленных периодически регистрирующимися вспышками ритмической активности в лобно-центральных и вертексных отделах, частотой 11-15 Гц, амплитудой до 140 мкВ. Кроме этого, отмечались К-комплексы, представленные вспышками высокоамплитудных медленных двухфазных или полифазных волн, с амплитудным преобладанием (до 220 мкВ) в лобно-центральных и вертексных отделах. Часто физиологические паттерны сна регистрировались в сочетании друг с другом.

Дельта-сон характеризовался нарастанием индекса представленности и амплитуды медленных волн, в основном дельта-диапазона, с частичной редукцией физиологических паттернов поверхностного сна.

Исследование завершено до пробуждения ребенка.

Клинические события:

- Не отмечались.; Заключение: • Основной ритм соответствует возрасту.
- При проведении функциональных проб патологических изменений корковой

ритмики не отмечалось.

- Сон дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна представлены удовлетворительно.
- За время исследования эпилептиформной активности, эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано.

Заключение ЭЭГ не является самостоятельным диагнозом! Окончательную клиническую трактовку делает лечащий врач!;

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Ортопед к.м.н Табе Е.Э.

24.05.2022.
ДИАГНОЗ НЦЗД: 1. Диспластическое строение тазобедренных суставов.
2. Эквинусные стопы.;
ЖАЛОБЫ: не ходит самостоятельно.;
ДАННЫЕ ОСМОТРА: телосложение пропорциональное. Ходит с поддержкой за обе руки, нагружает стопы за счет рекурвации коленных суставов (по Амстердамской классификации у ребенка II тип походки).
Черепная коробка симметричная, правильной формы. Голова по средней линии, поворот головы вправо - влево, наклоны вперед-назад в пределах нормы. Лицо симметричное. ГКС мышцы D=S, мягкие, эластичные. Ключицы симметричные. Плечевой пояс развит правильно.
В/кон-ти: левая в пронаторной установке, конфигурация суставов не изменена, длина абсолютная и относительная D=S, движения в суставах в полном объеме, безболезненные, строение кисти правильное, отмечается умеренное приведение 1-х пальцев.
Позвоночник: физиологические изгибы соответствуют возрасту, ось по средней линии. Мышцы спины и живота развиты хорошо.
Грудная клетка: без деформаций.
Суставы н/кон-ей: конфигурация не изменена, движение в полном объёме, не затруднено разведение бёдер, функциональные пробы на тазобедренные суставы отрицательные. Ягодичные, подколенные складки симметричные. Длина нижних конечностей абсолютная и относительная D = S . Ось нижних конечностей правильная.
Стопы: в эквинусном положении.
Тесты:
- Томаса отриц.
- Дункан-Эли отриц.
- Rectus отриц.
- Аддукторный отриц.
- Gracilis отриц.
- Hamstring отриц.
- Сильвершельд отриц.
- Triceps D=S=80/125 гр.;
РЕКОМЕНДАЦИИ: 1. Консультация нейрохирурга Зиненко Д.Ю.для решения вопроса о возможном оперативном лечении (СДР).
2. Рассмотреть возможность проведения МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника (необходимо для консультации по поводу СДР).
3. Ортопедическая подушка и ортопедический беспружинный матрас.
4. Ортез на левый лучезапястный сустав для отведения 1-го пальца (носить днем по 30-40 мин.несколько раз в день).
5. Аппараты ортопедические на шарнирах с блокировкой подошвенного сгибания на г/стоп.суставы до в/3 голеней.
6. Тутора на г/стоп.суставы до в/3 голеней на время сна (не более 6 часов).
7. Ходунки-роллаторы.
8. Занятия на тренажере MotoMed.
9. Ортопедический стульчик с боковыми поддержками, с грудным фиксатором, с абдуктором, с подставкой под стопы.
10. Ортопедическая прогулочная коляска с боковыми поддержками, с грудным фиксатором, с абдуктором, с подставкой под стопы.
11. Консультация специалиста по подбору ТСР.
12. Исключить позу "W".
13. Осмотр через 4-6 мес. ;
2. ЛФК Ревина А.А.

17.05.2022.
ДИАГНОЗ НЦЗД: Спастическая диплегия
Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFCS III. Дизартрия.;
ДАННЫЕ ОСМОТРА: ребенок спокойный
тремора нет
телосложение пропорциональное
поза симметричная
кожа чистая
видимых костных деформаций нет
Тонус мышц верхних конечностей дистоничный, тонус мышц нижних конечностей повышен.
Поворот головы в обе стороны.
Движения в плечевых/ локтевых/лучезапястных/тазобедренных/коленных/голеностопных суставах в полном объеме
При пальпации мышцы развиты удовлетворительно.
В положении на животе голову удерживает долго; опирается на предплечье/ на кисти.
При постановке на ноги опора хорошая, на внутренний край стопы.
Навыки: переворачивается самостоятельно в обе стороны;
сидит самостоятельно; на четвереньки становится, ползает;
стоит на ногах с поддержкой; ходит с поддержкой за 2 руки. ;
РЕКОМЕНДАЦИИ: Цель реабилитации: обучение ребенка правильной вертикализации, обучение папы
Базовые методы (постуральный менеджмент): Прикладная кинезотерапия: стимуляция аутохтонной мускулатуры, ФРП 1,3, КП №2, стабилизация положения таза, низкий старт, присед, змейка, полоса препятствий, обучение папы
Виброплатформа стоя 14-18 Гц
Дополнительные методы: массаж спины, верхних конечностей, ч/д нижних конечностей;

3. Физиотерапевт врач высшей категории Исаенкова С.В.

17.05.2022.
ДИАГНОЗ НЦЗД: Спастическая диплегия
Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFCS III. Дизартрия.;
ЖАЛОБЫ: спастика;
ДАННЫЕ ОСМОТРА: Температура 36,6гр, положение пассивное, видимых костных деформаций нет
Тонус мышц верхних конечностей дистоничный, тонус мышц нижних конечностей повышен.
Поворот головы в обе стороны, тенденция к наклону головы вправо..
Движения в плечевых/ локтевых/лучезапястных/тазобедренных/коленных/голеностопных суставах в полном объеме
При пальпации мышцы развиты удовлетворительно.
В положении на животе голову удерживает долго; опирается на предплечье/ на кисти.
При постановке на ноги опора на внутренний край стопы, перекрест голеней в н/трети.
Навыки: переворачивается самостоятельно в обе стороны;
сидит самостоятельно на коленях; на четвереньки становится, ползает;
стоит на ногах с поддержкой; ходит с поддержкой за 2 руки. ;
РЕКОМЕНДАЦИИ: С целью коррекции мышечного тонуса назначено курсом:
-Электрофорез паравертебрально грудной/поясничный отделы
-Теплолечение н/конечности;

4. Уролог Шахновский Д.С.

26.05.2022.
ДИАГНОЗ НЦЗД: Мочекаменная болезнь. Конкремент левой почки. Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFCS III. Дизартрия.;
ЖАЛОБЫ: На задержку моторного развития, ухудшение зрения. ;
РЕКОМЕНДАЦИИ: 1. Употребление жидкости в количестве, поддерживающем суточный объем мочи не менее 500 миллилитров.
2. При обострении пиелонефрита использование антибиотикотерапии с учетом чувствительности микрофлоры.
3. При болях связанных с отхождением фрагментов конкремента - осмотр хирурга перед назначением обезболивающих препаратов.
4. Госпитализация в урологическое отделение НМИЦ здоровья детей для проведения сеанса дистанционной литотрипсии в плановом порядке.

По вопросам госпитализации обращаться к Дворянковой Елене Игоревне: 8 499 134 01 84, dvoryankova@nczd.ru (с 8.00 до 16.00).
;

5. Офтальмология Смирнова А.Б.
26.05.2022.
РЕКОМЕНДАЦИИ: наблюдение офтальмолога по м/ж, постоянное ношение очков (рецепт прежний) ЗАКЛЮЧЕНИЕ: косоглазие непостоянное расходящееся рефракционное, глазное дно - без патологии, гиперметропический астигматизм.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Режим палатный, стол № 15 дошкольный
Реабилитация:
Прикладная кинезотерапия
Массаж спины, верхних конечностей, ч/д нижних конечностей
Электрофорез паравертебрально грудной/поясничный отделы
Теплолечение н/конечности

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Ребенок поступил в отделение впервые для оказания высокотехнологической медицинской помощи (код по ВМП 12.00.46.001,(приказ №2505 от 28.12.2021) , в соответствии с моделью пациента: детский церебральный паралич (G80.1), для проведения комплексного лечения с применением методов физиотерапии (в том числе сочетанных методик криоэлектроимпульсной терапии, стимуляционных токов в движении, основанных на принципе биологической обратной связи), кинезотерапии, механотерапии и (или) ботулинотерапии под контролем комплекса нейровизуализационных и нейрофункциональных методов обследования.

Диагноз выставлен на основании анамнеза (осложенный перинатальный анамнез (беременность на фоне угрозы прерывания, недоношенность 28 нед, ИВЛ в первые сутки жизни, задержка раннего моторного развития), жалоб (на спастичность мышц преимущественно в нижних конечностях, на двигательные нарушения (отсутствие самостоятельной ходьбы). данные неврологического осмотра (картина спастической диплегии, отсутствие самостоятельной ходьбы, дизартрия).

С целью исключения структурной патологии головного мозга проведена МРТ головного мозга: МР картина перивентрикулярной лейкопатии, наиболее вероятно, гипоксически-ишемического генеза; вторичного расширения боковых желудочков (ликвородинамика не нарушена), истончения зрительных нервов и хиазмы. Увеличение размеров глоточной и небных миндалин с сужением просвета воздушных путей. Картина МРТ соответствует установленному диагнозу. Рекомендована консультация отоларинголога в плановом порядке.

При исследовании зрительных вызванных потенциалов с обеих сторон проведение зрительной афферентации на кору замедлено. Ребенок консультирован окулистом, выставлен диагноз: косоглазие непостоянное расходящееся рефракционное, глазное дно - без патологии, гиперметропический астигматизм. Даны рекомендации.

Для исключения эпилептиформной активности головного мозга проведен видео ЭЭГ мониторинг: данных свидетельствующих о наличии эпилептиформной активности не выявлено.

Для исключения вторичной ортопедической патологии проведена Рентгенограмма т/б суставов: рентгенологические признаки дисплазии тазобедренных суставов с двух сторон, соха valga с двух сторон. Ребенок консультирован ортопедом, выставлен диагноз: Диспластическое строение тазобедренных суставов. Эквинусные стопы. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента и подбора ортопедических конструкций

При УЗ исследовании почек и мочевого пузыря выявлена УЗ картина конкремента левой почки, ребенок консультирован урологом-андрологом, выставлен диагноз: Мочекаменная болезнь. Конкремент левой почки. Рекомендована госпитализация в урологическое отделение НМИЦ здоровья детей для проведения сеанса дистанционной литотрипсии в плановом порядке.

Ребенок консультирован врачами ЛФК и ФЗТ, проведен курс реабилитации по индивидуальному плану.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Наблюдение педиатром, неврологом, нефрологом, урологом-хирургом, ортопедом, офтальмологом по месту жительства.
- Прикладная кинезотерапия, ЛФК, массаж, лечебное плавание, физиотерапия 3-4 раза в год в поликлинике, реабилитационных центрах.Так же дома ежедневные в хорошо переносимом ребенком объеме в домашних условиях, по аналогии с упражнениями, проводимыми в ходе реабилитации в отделении;
- Проводить систематические педагогические занятия с дефектологом и логопедом
- Решение вопроса о проведении курса ботулинотерапии через 4-5 месяцев.
- Рекомендации уролога-хирурга:

1. Употребление жидкости в количестве, поддерживающем суточный объем мочи не менее 500 миллилитров.
2. При обострении пиелонефрита использование антибиотикотерапии с учетом чувствительности микрофлоры.
3. При болях связанных с отхождением фрагментов конкремента - осмотр хирурга перед назначением обезболивающих препаратов.
4. Госпитализация в урологическое отделение НМИЦ здоровья детей для проведения сеанса дистанционной литотрипсии в плановом порядке.

- Ребенку показано включение в ИПР:

1. Консультация нейрохирурга Зиненко Д.Ю.для решения вопроса о возможном оперативном лечении (СДР).
2. Ортопедическая подушка и ортопедический беспружинный матрас.
3. Ортез на левый лучезапястный сустав для отведения 1-го пальца (носить днем по 30-40 мин.несколько раз в день)
4. Аппараты ортопедические на шарнирах с блокировкой подошвенного сгибания на г/стоп.суставы до в/3 голеней.
5. Тутора на г/стоп.суставы до в/3 голеней на время сна (не более 6 часов).
6. Ходунки-роллаторы.
7. Занятия на тренажере MotoMed.
8. Ортопедический стульчик с боковыми поддержками, с грудным фиксатором, с абдуктором, с подставкой под стопы.

9. Ортопедическая прогулочная коляска с боковыми поддержками, с грудным фиксатором, с абдуктором, с подставкой под стопы.

10. Консультация специалиста по подбору ТСР.

11. Исключить позу "W".

- Продление пособия по инвалидности по месту жительства;
- Повторная госпитализация в отделение психоневрологии и психосоматической патологии по вызову ФГАУ НМИЦ здоровья детей.

Контактов с инфекциями не было.

Лечащий врач - Зырянова О.И.

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