

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой
области и врожденными заболеваниями нервной системы Департамента здравоохранения города
Москвы»

Лицензии на осуществление медицинской деятельности: ЛО-7701-007707, ЛО-77-01-006822, ЛО-01-007866
Internet <http://www.npcmed.ru>

Клиника:
119620 г. Москва,
ул. Авиаторов, дом 38
тел.: +7 (495) 735-09-57
факс: +7 (499) 730-98-27
e-mail: npraprakt@mail.ru

Филиал № 2 КДЦ:
119620 г. Москва,
ул. Авиаторов, дом 22
тел.: +7 (495) 439-27-10
факс: +7 (495) 934-17-51
e-mail: info@dgp124.mosgorzdrav.ru

Филиал №3 МЦППД
117534 г. Москва
Ул. Чертановская, д. 56 А
Тел. +7 (495) 388 37 61
факс: +7 (495) 387 13 96
e-mail: palliativnpc@yandex.ru

отделение психоневрологии №1 (ПНО-1)

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № 501/15

Ф. И. О. Мамедов Ренат Рашидович

Адрес места постоянной регистрации: 170002, Тверская область, г. Тверь, ул. Пионерская 10-10

Телефон: 8(915)743-34-84

Дата рождения: 21.11.2013г.

Возраст: 1 год 2 мес.

Настоящая госпитализация № 1

Дата поступления в ПНО №1 04.02.2015г. **Дата выписки из ПНО №1** 16.02.2015г.

Диагноз заключительный клинический:

Основной: (G 80) Детский церебральный паралич, двойная гемиплегия, D>S.

(G 93.4) Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, поздний восстановительный период.

(Q 02) Вторичная микроцефалия.

(G 40.5) Неонатальные судороги в анамнезе.

(F 83) Задержка психоречевого развития.

Сопутствующий: (M 24.8) Дисплазия тазобедренных суставов.

(P 27.1) Бронхолегочная дисплазия.

(K 59) Синдром хронических запоров.

Инвалидность: нет

Анамнез жизни: Ребёнок от VII индуцированной беременности (I-V – выкидыши, VI – внематочная), протекавшей с угрозой прерывания, повышением артериального давления, отеками. Роды I на 28 недели беременности, путем кесарева сечения (2-й из тройни, 1-я девочка - умерла). Вес при рождении 1070 г., рост 37 см. По шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние при рождении тяжелое. На 5 сутки жизни – легочное кровотечение, нарушение гемостаза. В связи с развитием дыхательной недостаточности, развитием пневмонии с формированием бронхолегочной дисплазии ребенок интубирован (ИВЛ 42 дня). На 7 сутки жизни – некротический энтероколит. Отмечались неонатальные судороги.

Анамнез заболевания: Ребенок развивается с выраженной задержкой психомоторного развития. Судорог клинически нет. В мае 2014 года ребенок находился на лечении в НЦЗД РАМН, выписан с диагнозом: последствия перинатального поражения центральной нервной системы, правосторонний гемисиндром, гидроцефальный синдром, неонатальные судороги, бронхолегочная дисплазия, задержка психомоторного развития, цитомегаловирусная инфекция.

Результаты проведенных ранее обследований:

Наследственность: не отягощена.

МРТ головного мозга от 15.05.2014г.: корково-подкорковая субатрофия, вторичная вентрикуломегалия, гипоплазия мозолистого тела.

У пациента выявлены **генетические факторы**, которые могут приводить к значительному снижению фибринолитической активности крови.

Пациент госпитализирован для обследования, определения дальнейшей тактики лечения.

Госпитализация проведена в плановом порядке.

При настоящем поступлении:

Состояние средней тяжести по основному заболеванию.

Жалобы: на выраженную задержку психомоторного развития, судороги в анамнезе, выявление эпилептиформной активности на видео-ЭЭГ-мониторинге.

Объективно: Мальчик правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, чистые от сыпи. На лбу и затылке сосудистые пятна. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Зев спокоен. Л/узлы не увеличены. Дыхание в лёгких пуэрильное с жестковатым компонентом, хрипов нет. ЧД 28/мин. Сердечные тоны звучные, границы сердца не расширены, шумов нет. ЧСС 108/мин. АД 80/45 мм.рт.ст. Живот мягкий б/болезненный. Печень у края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул самостоятельный. Диурез адекватный. Вес 7 кг. Рост 70 см. Окр. головы 42 см.

В неврологическом статусе: В сознании. Общемозговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра нет. Судорожных приступов при осмотре нет. ЧМН: Обоняние ориентировочно сохранено. Взгляд кратковременно фиксирует, за предметами не следит. Глазные щели симметричные, D=S. Зрачки округлые, анизокории нет. Фотореакции живые. Корнеальные рефлексы сохранены. Сходящееся постоянное косоглазие. Слышит. При глотании поперхивается. Глотаёт, пытается есть с ложки. Язык во рту по средней линии, атрофии мышц языка нет, фибриллярных подергиваний нет. Двигательно-рефлекторная сфера: Мышечный тонус повышен по спастическому типу, D>S. перекрест на уровне голеностопных суставов. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, рефлексогенные зоны расширены, D=S. Поверхностная чувствительность ориентировочно не нарушена. ВНС: дермографизм розовый, гипергидроза нет. Функции тазовых органов не нарушены. Моторно: голову не держит, при тракции за руки не группируется, не переворачивается. Психическое развитие: гуления и лепета нет, дифференцировка на «свои – чужие» отсутствует, улыбается.

По данным проведённого обследования:

О.А.К. от 05.02.15г.: Лейк. $8.1 \cdot 10^9/\text{л}$, Л/ф. 73.0%, Эр. $5.69 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв 139*г/л, Трц. $324 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 2

О.А.М. от 05.02.15г.: Реакция сл.кислая. Белок abs. Глюкоза abs. Эпителий плоский мало в п/зр.

L 1-3 в п/зр. Эритроц. abs. Слизь abs. Соли нет. Бактерии нет.

Видео-ЭЭГ-мониторинг 6 часов с записью дневного сна от 06.02.15г.

◊ Основной ритм представлен альфа-ритмом, частотой 5-6 Гц, амплитудой 60-80 мкВ, с правильным зональным градиентом. Зональные различия выражены отчетливо.

Бета-активность частотой 15-30 Гц, амплитудой до 10 мкВ регистрируется диффузно, с преобладанием в передних отделах полушарий.

Медленно-волновая активность представлена диффузно, волнами тета- и дельта-диапазонов, по амплитуде редко превышающих фоновую ритмику, с преобладанием в задних отделах полушарий.

◊ При проведении функциональных проб не было выявлено значимых изменений корковой ритмики.

◊ Сон слабо дифференцирован на стадии, физиологические паттерны представлены сниженным индексом, слабо структурированы.

◊ Во время исследования зарегистрирована мультифокальная эпилептиформная активность, в структуре дельта-замедлений, представленная комплексами острая-медленная волна, комплексами пик-, даблпик-, полипик-медленная волна, амплитудой до 120 мкВ:

В правой теменной-теменно-вертексной области (P4-Pz) – доминирующий фокус, регистрируется в бодрствовании и во сне (средним индексом).

В левой центрально-лобной области (C3-F3) – только во сне, низким индексом.

В правой лобной области (F4) – только во сне, низким индексом.

В левой затылочной области (O1) – только во сне, низким индексом.

В целом, индекс представленности эпилептиформной активности в бодрствовании – варьирует от низких до средних значений, во сне – средний.

Клинические события:

◊ Не отмечалось.

◊ Эпилептических приступов и их ЭЭГ- паттернов за время исследования не зарегистрировано.

Заключение:

◊ Основной ритм сформирован соответственно возрасту, представлен частотой 5-6 Гц.

◊ Умеренные изменения БЭА коры головного мозга.

◊ Сон слабо дифференцирован на стадии, физиологические паттерны представлены сниженным индексом, слабо структурированы.

Характеристика интериктальной патологической активности в порядке доминирования:		Локализация	Состояние / Индекс
- Мультирегиональная эпилептиформная активность (в структуре региональных дельта-замедления)	острая-медленная волна, комплексами пик-, даблпик-, полипик-медленная волна, до 120 мкВ. Часть – ДЭРД.	P4-Pz доминирует (регистр в бодрст. и во сне). C3-F3 F4 O1	Бодрс./низкий↔средний (только P3-Pz) Сон/средний (мультифокус)

Клинические события:

◊ Не отмечалось.

◊ Эпилептических приступов и их ЭЭГ- паттернов за время исследования не зарегистрировано.

ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 93/мин. ЭОС правильная. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Преобладание биопотенциалов левого желудочка.

УЗИ органов брюшной полости от 10.02.15г.: Печень: контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность не повышена, размеры 78x46 мм, не увеличены. Сосудистый рисунок не изменен. Желчный пузырь: размеры 39,6x10 мм, стенки не утолщены, не уплотнены, просвет чист. Общий желчный проток 1 мм, не расширен. Поджелудочная железа: размеры 9x7x9 мм, не увеличена. Структура однородная, эхогенность не повышена. Контуры четкие ровные. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка: контуры ровные, четкие, включений нет, размеры 60x32 мм, не увеличена. Заключение: Эхо-признаков патологии визуализированных органов не выявлено.

Консультация ортопеда: Спастический тетрапарез. Дисплазия тазобедренных суставов? Рекомендовано: Проведение рентгенографии тазобедренных суставов; тьютора на локтевые и голеностопные суставы.

Рентгенография тазобедренных суставов: Признаки дисплазии ТБС с обеих сторон.

Консультация ортопеда в динамике: Спастический тетрапарез. Дисплазия тазобедренных суставов. Спастическая установка конечностей. Рекомендовано: ношение шины Виленского; тьютора на коленные и голеностопные суставы; двигательная абилитация; динамическое наблюдение ортопеда по месту жительства.

Консультация генетика: убедительных данных за наследственно-синдромальную патологию нет.

Консультация педиатра: Бронхолегочная дисплазия. Синдром хронических запоров. Рекомендовано: ингаляции с беродуалом 3 мл + 2 мл физ.раствора х 3 р/день; ингаляции с пульмикортом 250 мг + 2 мл физ.раствора х 2 р/день; Креон 10.000 по 1/3 кап. х 3 р/день перед едой – 2 нед.принимать, 2 нед. перерыв, 2 нед.принимать; Линекс по 1/2 кап. х 3 р/день – 3 нед.; Хофитол по 10 кап. х 3 р/день – 3 нед.; Дюфалак по 5 мл х 1 р/день – 2 нед.

Консультация логопеда: Грубая задержка предречевого развития. Дизартрия. Проведено 4 коррекционных занятия.

Осмотр окулиста: Vis OD/OS кратко временно фиксирует OS, не следит. Авторефрактометрия: OD sph +0,75 cyl +1,0 ax 90 OS sph +0,5 cyl +1,25 ax 92 Кожа век нормальной окраски, положение век правильное, смыкание полное, ресничный край век не изменен, рост ресниц правильный. Положение глазного яблока в орбите правильное, движение глаз в полном объеме. Конъюнктивы и роговица в норме. Передняя камера средняя, содержимое прозрачное. Радужная оболочка не изменена. Зрачки округлой формы, OD=OS, фотореакции живые. Хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Глазное дно: фон розовый, ДЗН OD бледный, OS бледно-розовый, границы четкие, округлой формы, рефлексы макулярной зоны сглажены. В ходе сосуды извиты в первой зоне, артерии узкие. Видимая периферия без патологии. Заключение: гиперметропический астигматизм. Косоглазие содружественное сходящееся альтернирующее постоянное. Органическое поражение проводящих путей зрительного анализатора. Рекомендовано: попеременная окклюзия 1:1, плеоптическое и нейротрофическое лечение, ЭФИ глаз в динамике в 2 года.

Исследование на ВИЧ, HbSAg + анти- HCV, реакция Вассермана от 10.09.14г. – отрицат. (ребенок)

На учете у фтизиатра не состоит от 25.01.15г. (ребенок)

Исследование на ВИЧ, HbSAg + анти- HCV, реакция Вассермана от 03.02.15г. – отрицат. (мать)

Рентгенография легких от 23.04.14г. – без патологии (мать)

Терапия за время госпитализации:

Учитывая клинические данные (отсутствие судорожных приступов), данные видео-ЭЭГ-мониторинга (регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность), коррекция противосудорожной терапии не показана.

Конвулекс раствор по 5 кап. х 3 р/день

Цераксон 125 мг х 1 р/день в/м №7

Мильгамма 1,0 мл х 1 р/день в/м №7

Общий массаж №5

Логопедические занятия №4

Занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга №3

На фоне проведенного лечения состояние стабильное, приступов нет.

Заключение. При настоящей госпитализации проведено обследование, учитывая данные анамнеза (многоплодная беременность, внутриутробная гипоксия плода, недоношенность 28 недель, неонатальные судороги), клинические данные (отсутствие судорожных приступов), данные видео-ЭЭГ-мониторинга (регистрируется мультифокальная эпилептиформная активность, индекс представленности - средний), а также выраженные изменения на МРТ головного мозга (корково-подкорковая субатрофия головного мозга), установлен диагноз: (G 80) Детский церебральный паралич, двойная гемиплегия, D>S, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, поздний восстановительный период, вторичная микроцефалия, неонатальные судороги в анамнезе, задержка психоречевого развития.

Необходим динамический контроль за ребенком: регистрация родителями мальчика пароксизмальных состояний при их возникновении, наблюдение невролога по месту жительства и проведение видео-ЭЭГ-мониторинга в динамике.

Контактов с инфекционными больными не было.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение в поликлинику по месту жительства в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, либо в ином специализированном медицинском учреждении по выбору граждан на – договорной основе в соответствии с действующим законодательством.

Рекомендации:

- Вальпроевая кислота в растворе (МНН) по 5 кап. х 3 р/день из расчета 20 мг/кг/сут. – длительно.

Антиэпилептические препараты принимать постоянно, длительно, в одно и то же время, не допуская пропусков приема!

- Цитиколин (МНН) раствор для приема внутрь по 1 мл х 2 р/день (утром и днем) – 1 мес.
- Холина альфосцерат (МНН) 400 мг по ½ кап. х 2 р/день – 1 мес.
- Убидекаренон (МНН) по 3 кап. х 1 р/утром – 1 месяц.
- Левокарнитин (МНН) по ½ фл. х 1 р/утром – 1 мес.
- Экстракт листьев артишока (МНН) по 8 кап. х 3 р/день – 1 мес. Аналогичных 3-4 курса в год.
- Фармакомониторинг (концентрация вальпроевой кислоты в сыворотке крови) 1-я проба (до приема препарата), 2-я проба (через 1,5-2 часа после приема препарата) в динамике по месту жительства.
- ОАК + формула, ОАМ – ежемесячно по месту жительства.
- Мед.отвод от профилактических прививок на 1 год.
- Рекомендовано рассмотреть вопрос о продлении инвалидности (МСЭ по м/жительства).

**Заместитель директора
по медицинской части**

руководитель научного отдела эпилептологии

заведующий отделением

лечащий врач

тел. отделения психоневрологии №1 8(499)730-98-47 (48)



Ковалёв Д.В.

Айвазян С.О.

Осипова К.В.

Лукьянова Е.Г.