

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЛЯ ДЕТЕЙ
С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИКИ»
(ГБУЗ МО «ДЕТСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

127486, г. Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 1

тел. /факс 8 (499) 905-96-11

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 59.

Сударева Дарья Александровна, 02.11.08г, проживающая по адресу: МО Истринский р-н, с. Новопетровское, ул. Северная, д. 7, находилась на лечении во II п.н.о. МО ДПНБ с 21.01.15г. по 06.02.15г. + мама по уходу.

Клинический диагноз основной: **G 80.1 Детский церебральный паралич, спастическая диплегия, 4 уровень двигательной активности.**

Осложнение: **F 71.9.**

Сопутствующий: **Симптоматическая фокальная эпилепсия, медикаментозная ремиссия. Нарушение сна. Coxa valga с 2-х сторон.**

Жалобы на нарушение сна (с трудом засыпает, ночью спит плохо, часто просыпается с криком и плачем), нарушение моторного и психо-речевого развития, плохой аппетит.

Anamnesis vitae et morbi: ребенок от 2-й беременности (1-я бер.-мла), протекавшей на фоне хламидиоза (выявлен в 2007г), с токсикозом первой половины беременности, с угрозой прерывания на 12-й неделе (находилась на стац. лечении), ОРВИ во 2-й половине беременности. Роды 1-е, срочные, самостоятельные, в головном предлежании, на фоне острой гипоксии плода. Масса тела при рождении 3130, длина 51 см. Оценка по Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет перенесенной асфиксии в родах. С рождения находилась на ИВЛ. С конца 1 суток жизни судорожный синдром, купирован введением тиопентала натрия. Экстубирована на 6-е сутки жизни. На 9-е сутки жизни переведена в патологию новорожденных, где находилась в течение месяца с диагнозом: Церебральная ишемия. Травматическое поражение ЦНС легкой степени. Синдром мышечной гипотонии. Неонатальные судороги в анамнезе. Кефалогематома в теменной области. Аспирационный синдром. ИВЛ. Трахеобронхит. Ретинальные кровоизлияния OU. *НСГ: эхографическая картина умеренных гипоксических изменений в паренхиме мозга и в перивентрикулярной области, признаки вазоспазма.* Получала лечение: ванкомицин, меронем, пимфофуцин, дицинон, элькар, линекс, магне В6, свечи Виферон, гепарин, эмоксипин, таурол. *МРТ головного мозга от 23.12.08г: картина вторичной микроцефалии, вызванной грубым остаточным поражением конечного мозга – вероятно гипоксически-аноксического генеза. Объем больших полушарий атрофически редуцирован, наружные и внутренние ликворные пространства реактивно расширены, ликвородинамика компенсирована. Кортикальная пластинка и субкортикальное белое вещество парасагиттальных отделов обеих лобно-теменных долей подвержена массивной кистозной трансформации с элементами перикистозного глиоза. В белом веществе теменно-затылочных долей обеих гемисфер явления реактивной постгипоксической перивентрикулярной лейкопатии. В подкорковых ядрах – иррегулярные зоны диапидезных подострых кровоизлияний. По конвексу лобно-височно-теменных долей с обеих сторон визуализируются массивные гигромы, являющиеся, очевидно, следствием химической деградации бывших субдуральных гематом, появления которых можно обосновать явлениями обрыва пиальных вен при сокращении объема мозга. Раннее развитие:* голову держит плохо по настоящее время, сидит и встает на четвереньки с 3 лет, не ползает и не ходит самостоятельно. Речь на уровне звукокомплексов. *Прививки:* по индивидуальному графику. *Детские инфекции:* не болела. *Аллергоанамнез:* неотягощен. *Перенесенные заболевания:* ОРВИ. *Судороги:* в неонатальном периоде, затем с 4-х месяцев 1-2 раза в день стали возникать одиночные приступы в виде коротких отведений головы вправо; через неделю присоединилось «дрожание подбородка», появились приступы подергивания правой бровью, затем через 1.5-2 мес. присоединились подергивания правой руки. Частота приступов выросла до 150-200 эпизодов в сутки. Назначен конвулекс (20 мг\кг\сут), затем заменен на депакин и добавлен топамакс. После повышения дозы депакина частота приступов снизилась до 50 в сутки. Находилась на госпитализации в НИИ педиатрии и ДХ с целью обследования и коррекции противосудорожной терапии. На видео-ЭЭГ-мониторинге от 09.10.09г зарегистрировано в течение 2 ч 40 мин. 13 эпилептических приступов.

Впоследствии на ЭЭГ-мониторинге отмечалась положительная динамика, принято решение об отмене противосудорожной терапии. С декабря 2011г полностью отменен депакин и доза топамакса снижена наполовину. *Ночная полисомнография от 03.06.12г:* нарушений со стороны архитектуры сна, дыхания, движений в ногах и парасомнических реакций не зарегистрировано. ЭЭГ видеомониторинг от 04.11.14г: В бодрствовании зарегистрирована региональная эпилептиформная активность в правой центрально-височной области, в виде комплексов пик-медленная волна. По морфологии соответствуют ДЭРД. Во сне отмечается нарастание индекса региональной эпилептиформной активности, зарегистрированной в бодрствовании с распространением на соседние отделы обоих полушарий. Эпилептических приступов в ходе исследования не зарегистрировано. В МОДПНБ наблюдается с 2012г, на госпитализацию поступает для проведения курса восстановительного лечения повторно.

Психоневрологический статус: По сравнению с предыдущей госпитализацией отмечается положительная динамика. Больная в сознании, контакт эмоциональный, стала более активной, при обращении реагирует улыбкой, на тактильный осмотр реагирует спокойно. Сохраняется страх нового. Речь на уровне звукокомплексов. Уровень понимания обращенной речи выше, ограничен частотно-бытовой лексикой в контексте конкретной ситуации. Подражательная деятельность, в том числе речевая очень слабая. Использует жесты. Знает простые игрушки, окружающие бытовые предметы, выделяет их. Реагирует на свое имя. Знает имена близких людей, ориентируется в бытовой обстановке. Эмоционально реагирует на похвалу. Темп умственной деятельности замедлен. Дифференцирует простейшие причинно-следственные отношения в наглядно-действенной форме. Навыки опрятности не сформированы, себя не обслуживает. Психическая активность, познавательная и игровая деятельность отстают от возрастных. На момент осмотра общемозговых и менингеальных симптомов нет. Череп округлой формы, перкуторный звук – не изменен. Окружность головы – 46 см. телосложение правильное, астеническое. Черепная иннервация: Конвергенция ослаблена. Лицо симметрично, гипомимия, рот периодически полуоткрыт. Язык – по средней линии. Гиперсаливация. Жевание и глотание ослаблены. Рефлекторно - двигательная сфера: Голову держит. Самостоятельно садится из положения на животе и длительно сидит с разведенными в стороны бедрами, с кифозированной спиной. По сравнению с предыдущей госпитализацией значительно окрепли мышцы спины и шеи. На четвереньки встает, не ползает. Стоит и делает шаги с поддержкой за плечи. Верхние конечности: Объем активных движений снижен, больше слева. Мышечный тонус: повышен по спастическому типу S>D. Сгибательно-пронационная установка предплечий S>D. Тугоподвижность в предплечьях при супинации. Нарушена мелкая моторика. Нарушен захват в левой кисти, большие пальцы на кистях приведены, S>D. Сила мышц – 4 балла. Сухожильные рефлексы высокие S>=D. Нижние конечности: Движения активные ограничены из-за мышечной слабости, повышения тонуса мышц. Тугоподвижность в суставах. Мышечный тонус: спастический, S>D. Сила мышц –3-4 балла. Сухожильные рефлексы высокие, с расширенной зоной проведения, S>D. Опора на передне-внутренний край стоп, S>D, может опуститься на пятки. Левая нога в сгибательно-приводящей установке. Относительное укорочение правой ноги на 0.3-0.4 см. Эквино-вальгусная деформация стоп S>D. Симптом Бабинского положителен с обеих сторон. Хамстринг и Ректус с-мы положительны. Чувствительность ориентировочно не нарушена. Координация: к предметам тянется без интенции.

Логопед – речевое недоразвитие у ребенка с задержкой психического развития.

Ортопед – нарушение осанки, приводящие установки плеч, сгибательно-пронационные установки предплечий, сгибательные установки бедер, коленных суставов, эквиновальгусные установки стоп. Соха valga с 2-х сторон. Аддукторный спазм. Рекомендации: шина Виленского на ночь, тьюра на коленные и голеностопные суставы безнагрузочные, ортопедическая стабилизирующая обувь при ДЦП, вертикализация в аппарат с отведением бедер, рентген-контроль через 1 год.

Рентгенография т\бедренных суставов: признаков дисплазии тазобедренных суставов на момент исследования не выявлено.

Окулист: ОУ гиперметропия слабой степени. Рекомендовано наблюдение по месту жительства.

Врач ЛФК: назначен массаж общий №10, ЛГ активно-пассивная, механотерапия на беговой дорожке, роботизированный тренажер для ходьбы «Локомат», механотерапия на тренажере для нижних конечностей.

Психолог: аспонтанность деятельности, дефицитарность локомоторных функций, что позволяет говорить о дефицитарном развитии, психическом недоразвитии.

УЗИ органов брюшной полости: нельзя исключить наличие аномалии формы желчного пузыря. Реактивные изменения поджелудочной железы.

Биохимический анализ крови: билирубин прямой 2.4 (норма до 7.0), билирубин общий 15.4 (норма 3.4-13.7), общ. бел. – 71.0 (N -64 - 83), альбумин 48.9 (норма 20.0-50.0), мочевины 5.1 (норма 3.3-5.6), креатинин 43 (норма 27-88), сахар – 4.4 (N - 3,3 - 6,1), кальций общий 2.67 (норма 2.5-2.87), фосфор 1.9 (норма 1.29-2.26), железо 31.9 (N 3.9-14.5), АЛТ – 22.8 (N - до 40), АСТ – 33.9 (N - до 40), ЛДГ 207, КФК 352 (норма 24-190).

Общий анализ крови от 22.01.15: гемоглобин 136 г/л, эр. 5.39, лейкоц. 6.4, сегм. 43%, п/яд. 4%, эозин. 1%, базоф. 1%, лимф. 42%, мон. 9%, СОЭ 10 мм/ч.

Общий анализ мочи от 22.01.15: желт., прозрачная, уд. плотность 1025, нейтр., эпит. плоский 0-1 в п/зр., лейкоц. 0-0-1 в п/зр., слизь и бактерии умер., аморф. фосф. много.

Получает лечение: массаж общий №10, ЛГ активно-пассивная, механотерапия на беговой дорожке, роботизированный тренажер для ходьбы «Локомат», механотерапия на тренажере для нижних конечностей, ортопедические уклады, занятия в бассейне, компрессионный массаж конечностей, аппликации озокерита на г/с суставы, занятия в кабинете Монтессори, топамакс 25 мг по 1/4 таб 2 р/д, фенибут по 1/3 таб 3 р/д, танакан по 1/2 мл 3 р/д, элькар по 1/2 ч.л. 3 р/д per os; мексидол 2.0 в/м № 10. На фоне активных занятий отмечалось перевозбуждение, что требовало ограничения объема проводимой реабилитации и позволило скорректировать состояние ребенка.

На фоне лечения отмечается увеличение объема движений, увеличилась психо-речевая и двигательная активность, окрепли мышцы спины и шеи, лучше стала ходить с поддержкой, улучшилось состояние артикуляционной мускулатуры.

Выписывается домой под наблюдение невролога, эпилептолога, педиатра и гастроэнтеролога по месту жительства.

Рекомендовано:

1) нуждается в ортезных изделиях – распорка детская (шина Виленского), тьютор на локтевые суставы с отведением большого пальца, тьютор на коленные суставы безнагрузочные, тьютор на голеностопные суставы безнагрузочные, сложная ортопедическая стабилизирующая обувь при ДЦП – 4 пары..

2) ежедневно ЛФК, растяжки по суставам, уклады с отведением бедер с использованием распорок, массаж курсами и тепловые процедуры на голеностопные суставы 4 р/год, плавание.

3) продолжать курс: топамакс 18.75 мг/сут постоянно, элькар 30% по 1/2 ч.л. 3 р/д за 30 мин до еды 2 мес., фенибут по 1/2 таб 3 р/д 2 нед. с постепенной отменой в течение недели, танакан по 1/2 мл 3 р/д 1 мес.

4) в апреле пропить когитум по 5 мл 2 р/д (утро, день) 3 курса по 10 дней с 10-ти дневными перерывами.

5) пройти МСЭ по месту жительства для продления инвалидности

6) показано санаторно-курортное лечение в санаториях неврологического профиля в условиях приморского климата, рекомендованы водные и тепловые процедуры, ЛФК, массаж.

Инфекционных контактов в отделении нет.

Повторная госпитализация 07.07.15г с мамой.

Лечащий врач



Смирнова А.А.