

426056, Удмуртская Респ, Ижевск г, Лихвинцева ул, дом 46

Тел. 52 -41 -11, 8-912-452-84-63

Повторный осмотр

Пациент: Шевчук Матвей Игоревич

Дата рождения:

Дата осмотра: 15.11.2024.

Жалобы: плановый осмотр. Активных жалоб нет.

Объективные данные: В/О (I)

	Visus без коррекции	Сфера	Цилиндр	Ось	Visus с коррекцией	Кератометрия	ГЗО мм	Пахи мкм	ВГД (ИГД-02) мм.рт.ст.
Правый глаз									
Левый глаз									

Авторефрактометрия:

Без циклоплегии

На фоне циклоплегии

	Сфера	Цилиндр	Ось	Сфера	Цилиндр	Ось
Правый глаз	+ 1,50	- 1,75	18			
Левый глаз	0,00	- 2,00	161			

ЗОА:

Тест Уорса (Белостоцкого): с 5м бинокулярный и с 1м бинокулярный

Тест Шобера: Ортофория

Оси глаз: по - прежнему.

Правый глаз:

ОУ – Кожа век физиологической окраски, положение век правильное, смыкание полное; рост ресниц, ресничный край век не изменены. Глазные щели симметричные OD = OS. Слезные органы не изменены. Слезные точки в правильном положении, достаточного диаметра. Конъюнктива бледно – розового цвета, блестящая, гладкая. Патологического отделяемого нет. Склера не изменена. Роговица средней величины, прозрачная, блестящая, сферичная, чувствительная, зеркальная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Рисунок радужки сохранен, четкий. Зрачок в диаметре 3,0 мм, круглый, подвижный. Зрачковые реакции (прямые и содружественные) сохранены, симметричные. Хрусталик прозрачный. Стекловидное тело прозрачное. Рефлекс с глазного дна розовый.

Офтальмоскопия: OD – ДЗН бледный и монотонен с височной стороны, границы четкие. Артерии незначительно сужены, вены умеренно расширены и полнокровные. Соотношение сосудов A/B = 1,5/3,5. Макулярный рефлекс определяется. Периферия сетчатки прозрачная, разряжена, прилежит. В наружных квадрантах обширные сливные лазеркоагуляты с грубой гиперпигментацией (посткоагуляционная атрофия пигментного эпителия).

Левый глаз:

ОУ – Кожа век физиологической окраски, положение век правильное, смыкание полное; рост ресниц, ресничный край век не изменены. Глазные щели симметричные OD = OS. Слезные органы не изменены. Слезные точки в правильном положении, достаточного диаметра. Конъюнктива бледно – розового цвета, блестящая, гладкая. Патологического отделяемого нет. Склера не изменена. Роговица средней величины, прозрачная, блестящая, сферичная, чувствительная, зеркальная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Рисунок радужки сохранен, четкий. Зрачок в диаметре 3,0 мм, круглый, подвижный. Зрачковые реакции (прямые и содружественные) сохранены, симметричные. Хрусталик прозрачный. Стекловидное тело прозрачное. Рефлекс с глазного дна розовый.

Офтальмоскопия: OS – ДЗН – бледный, с серым оттенком, монотонен, границы четкие. Артерии незначительно сужены, вены умеренно расширены и полнокровные. Соотношение сосудов A/B = 1,5/3,5. Макулярный рефлекс определяется. Периферия сетчатки прозрачная, разряжена, прилежит. В наружных квадрантах обширные сливные лазеркоагуляты с грубой гиперпигментацией (посткоагуляционная атрофия пигментного эпителия).

Диагноз: [H47.2] Атрофия зрительного нерва

Описание: Нисходящая ЧАЗН обоих глаз.

Сопутствующий: РН III степени, рубцовая стадия, состояние после ЛКС обоих глаз. Простой гиперметропический астигматизм ст. 1,50 D правого глаза и ст. 1,0 D левого глаза. Содружественное расходящееся неаккомодационное с вертикальным компонентом,

альтернирующее косоглазие.

Классификация: Основное заболевание

Рекомендации:

- Соблюдать режим зрительной нагрузки.
- Зрительная гимнастика.
- Следить за здоровьем позвоночника, не переутомлять мышцы спины и шеи.
- Делать общеукрепляющую гимнастику, массаж шейно - воротниковой зоны.
- Пребывание на свежем воздухе не менее 3 ч в день.
- Медикаментозное лечение продолжить по прежней схеме:

По схеме: 1 мес. Закапывать, 1 мес. Перерыв.

а) Ирифрин (Фенилфрин 2,5 %) или Стелфрин по 1 - 2 капли на ночь.

б) Тауфон 4 %, Эмоксипин 1% по 2 капли 3 раза в день. Курсами по 1 месяцу, чередуя.

- Окувайт детский по 1 табл. 1 раз в день – 1 месяц.

- Наблюдение, лечение у невролога.

- Наблюдение в динамике.

Врач



КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Пациент: Шевчук Матвей Игоревич

Возраст: 5 лет

Жалобы: На сегодня - активных нет. Ползает на коленях, может встать у дивана. Улучшилась мелкая моторика. ЭЭГ (11.23) - Роландические комплексы по типу пик-медленная волна по левым теменно-затылочным отведениям (незначительная положительная динамика). Конс окулиста (гл дно) - справа - бледные и монотонные с височных сторон, границы четкие. Слева - бледные, с серым оттенком, монотонные, границы четкие, артерии незначительно сужены, вены умеренно полнокровны. Конс нейрохирурга с Дз - Компенсированная тривентрикулярная гидроцефалия. Синдром Денди-Уокера. Позиционная плагиоцефалия.

Тошнота: нет

Рвота: нет

Ч.М.Т. нет

Укусы клещей нет

Судороги нет

Носовые кровотечения нет

Обмороки нет

Энурез во сне нет

Сон не нарушен

Инвалидность да

Головокружение нет

Эпилепсия в родстве нет

Неврологический статус:

Окр. головы: Ог-48 см, Огр-60 см. Голова незначительный скос затылка слева; Сознание: ясное; Менингеальные знаки: нет; вынужденная левша;

Ч.М.Н: Зрачки: равные Реакции на свет: живые; Диплопия: Нет; Нистагм: нет; Страбизм: периодический расходящийся стробизм слева; Движения глазных яблок: в полном объеме; Конвергенция: живая; Носогубные складки: равны; Глазные щели: симметричные; Язык: по средней линии

Мышечный тонус: с рук: S с легкой дистонией D с легкой дистонией с ног: S незначительно повышен с приводящей группе мышц бедра D незначительно повышен с приводящей группе мышц бедра

Сила: с рук: S 4,0 б. D 4,0 б.

с ног: S 3-4,0 б. D 3-4,0 б.

Сухожильные рефлексы: с рук: средней живости S=D

с ног: оживлены D=S, с клоническим ответом с ахилова

Патологические знаки: нет; Подошвенный рефлекс: средней живости S=D; Брюшные рефлексы: средней живости S=D; Координационные пробы: Пальценосовая проба: не проверялась; Интенция: -; В позе Ромберга: не проверялась; Атаксия: не проверялась; Походка: за подмышки, снижен симптом "выпрямления", на носок, с перекрестом на уровне 1/3 голени.; Гиперкинезы: нет; Чувствительность: не нарушена; Вегетативная нервная система: не нарушена Масса(кг): Речь: развита. Ползает активно, может передвигаться самостоятельно на крабах и за 2 руки.

Клинический диагноз:

Основной: (G80.0) Церебральный паралич по типу спастический тетрапареза умеренной ст тяжести. Компенсированная тривентрикулярная гидроцефалия, компенсированная наружная гидроцефалия с формированием порэнцефалических кист, гипоплазия мозолистого тела и частичная агенезия мозжечка. Синдром Денди-Уолкера. Низходящий ЧА3Н обоих глаз, РН 3 ст, рубцовая стадия.

Рекомендовано:

1. Вит Д по 2000 МЕ утром, летом по 1500 МЕ утром.
2. Пантогам с раствором 100мг/мл по 2,5мл 2 р/д (утром и полд до 18-00)-1нед, по 5,0мл 2 р/д - 4 мес.
3. Пантогам - на фоне ОРВИ отмена.
4. Мексидол 0,125 по 1/2т 2 р/д (утром и вечером после еды) - 1 мес.
5. Омега 3 по 250мг 2 р/д (утром и вечером во время еды) - 2 мес (2 мес переры и тд).
6. Лецитин 500мг 2 р/д (утром и вечер во время еды) - 3 мес (3 мес перерыв и тд).
7. Калий иодит 100мкг по 1/2 (50 мкг) вечером - 3 мес (3 мес перерыв).

Рекомендован повторный осмотр:

Явка через 1 год с ЭЭГ сон и бодрст 1-2 часа.

Врач: Рамм Е. Л.

(подпись)

С ходом приёма, назначенным лечением, поставленным диагнозом ознакомлен и согласен. Обязуюсь придерживаться назначенного плана лечения и соблюдать рекомендации лечащего врача. Вопросов и претензий к качеству оказанной услуги не имею.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Ваш отзыв - лучшая награда



Протокол ЭЭГ-исследования(видео-ЭЭГ мониторинг ночного сна)**Информация о пациенте:**

ФИО: **Шевчук Матвей Игоревич**
Дата рождения:
Пол: Мужской
Возраст: 6 лет 3 мес.
Длительность записи: 03:00:02
Дата обследования: 3 февраля 2025 г.

Параметры регистрации:

Название прибора: Нейрон-Спектр-СМ
Частота квантования: 500 Гц
Название монтажа: Монополярный 19 с
дополнительным электродом ЭКГ, монтаж "10-20".
Фильтр верхних частот: 0,5 Гц
Фильтр нижних частот: 70,0 Гц
Сетевой фильтр: Вкл.

Диагноз: Церебральный паралич по типу спастического тетрапареза умеренной ст. Компенсированная тривентрикулярная гидроцефалия, компенсированная наружная гидроцефалия с формированием порэнцефалических кист, гипоплазия мозолистого тела и частичная агенезия червя мозжечка. Синдром Денди-Уокера.

Жалобы: контроль в динамике.

Принимаемые препараты: не принимает.

Фоновая запись: бодрствование до сна в течение 10 мин.

Во время записи бодрствования до сна в теменно-затылочных областях и с расширенной зоной представленности регулярно регистрируется альфа ритм 7-8 Гц, амплитудой до 60-100 мкВ. Зональные различия негрубо сглажены. Межполушарная асимметрия отсутствует. Медленноволновая и высокочастотная активность представлены умеренным индексом представленности диффузно.

Региональная эпилептиформная активность регистрируется регулярно в течение записи (эпохами от 10 до 60% записи) в теменно-затылочной, задне-височной областях левого полушария (P3-O1, T5-O1), в виде комплексов острых и медленных волн по типу ДЭПД, одиночных и сгруппированных, амплитудой до 250 мкВ, активность периодически распространяется в соседние области контрлатерального полушария.

Устойчивых очаговых изменений не выявлено.

Клинические события не отмечены.

Засыпание:

Дремотное состояние характеризуется замедлением, с последующей редукцией альфа ритма, регистрацией полиморфной активности низкой амплитуды диффузно, отчетливым нарастанием индекса представленности эпилептиформности.

Сон:

БЭА мозга во время записи сна представлена медленноволновой активностью тета, дельта диапазона, амплитудой дельта активности до 293 мкВ, с амплитудным доминированием в лобных областях, тета активности до 102 мкВ, с амплитудным доминированием в теменно-затылочных областях. Зональные различия выражены удовлетворительно. Периодически в течение записи отмечается частичная редукция основной активности в левом полушарии. Дифференцировка фаз сна удовлетворительная.

Физиологические паттерны сна: К-комплексы, выражены слабо, регистрируются периодически в лобно-центральных областях преимущественно в правом полушарии, амплитудой до 250 мкВ, экзальтированы, замедлены. Сонные веретена выражены удовлетворительно, регистрируются периодически короткими и средней продолжительности группами волн в лобно-центральных областях преимущественно в правом полушарии, с периодическим распространением в соседние области, частично редуцирован – в левом полушарии, частота 10-12 Гц, амплитуда до 100 мкВ.

БСВ регистрируются периодически в течение записи в лобно-центральных областях, диффузные, группами волн дельта, тета, реже альфа диапазона, амплитудой до 300-500 мкВ, продолжительностью 1 сек, с амплитудным доминированием в правом полушарии.

региональная эпилептиформная активность регистрируется постоянно в течение записи (80-100% записи), в частности в теменно-затылочной, задне-височной областях левого полушария (P3-O1, O1-T5) в виде одиночных и сгруппированных комплексов острых и медленных волн, амплитудой на уровне фона и до 300-500 мкВ, активность регулярно распространяется в соседние области контрлатерального полушария и диффузно в одноименном полушарии. Эпизодически в течение записи сна низкоамплитудные спайки регистрируются в лобной, передне-височной областях правого полушария.

стойчивых очаговых изменений не выявлены. Клинические события: не отмечены.

Пробуждение: бодрствование с большим количеством двигательных артефактов, продолжительность 15 мин. ЭА мозга во время записи бодрствования после сна существенно не изменила свой характер.

Индекс представленности региональной эпилептиформной активности средний, отчетливо увеличивается при ФС.

стойчивых очаговых изменений не выявлено. Клинические события: не отмечены.

Выводы.

Биоэлектрическая активность мозга во время записи бодрствования до и после сна соответствует возрастной норме по частотным характеристикам, характеризуется умеренными диффузными изменениями с признаками частичной дезорганизации основного ритма, в том числе по типу замедления.

Биоэлектрическая активность мозга во время сна по ряду показателей не соответствует возрастной норме, характеризуется умеренными (ближе к выраженным) диффузными изменениями с признаками дезорганизации, периодической гиперсинхронизации основной активности.

Выраженность паттернов сна ослаблена, дифференцировка фаз сна негрубо ослаблена.

Продолженная региональная эпилептиформная активность регистрируется в течение записи сна в теменно-затылочной, задне-височной областях левого полушария (P3-O1, O1-T5) в виде одиночных и сгруппированных острых волн, комплексов острых и медленных волн, по типу ДЭПД (часть дезорганизованы, замедлены), амплитудой на уровне фона и до 500 мкВ, активность достаточно регулярно имеет тенденцию к распространению, диффузно в одноименном полушарии, в соседние области контрлатерального полушария. Эпизодически в течение записи сна низкоамплитудные спайки регистрируются в лобной, передне-височной областях правого полушария.

Во время записи бодрствования до сна региональная эпилептиформная активность регистрируется в левом полушарии со средним, эпохами – высоким индексом представленности, после сна – со средним индексом представленности, при ФС – с высоким индексом представленности. Иctalных паттернов в течение записи не отмечено.

Во время записи сна, в меньшей степени – бодрствования, отмечается частичная редукция основной активности в левом полушарии (диффузно). Также в большей степени во время сна, отмечается устойчивое региональное замедление основной активности в составе эпилептиформной активности в теменно-затылочной, задне-височной областях левого полушария, в меньшей степени – в теменно-затылочной, задне-височной областях правого полушария.

Клинические события во время записи бодрствования и сна не отмечены.

В сравнении с предыдущей записью ЭЭГ бодрствования несколько улучшился корковый электрогенез, но выше индекс представленности эпилептиформной активности, в том числе при ФС после сна, ЭЭГ сна – выше индекс представленности и амплитуда эпилептиформной активности в левом полушарии.

Врач: Дерюшева Л.И.

Дерюшева

21.02. 2025.

