

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА №8 МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



«УДМУРТ ЭЛЬКУНЫСЬ
ТАЗАЛЫКЕЗ УТЁНЬЯ
МИНИСТЕРСТВОЛЭН
НЫЛПИОСЛЫ 8-ТЙ НОМЕРО
КЛИНИКАЁ КАР ЭМЪЯСЬКОННИЕЗ»
УДМУРТ ЭЛЬКУНЫСЬ ТАЗАЛЫКЕЗ УТЁНЬЯ
КОНЬДЭТЭН ВОЗИСЬКИСЬ УЖЬЮРТ

426072, Удмуртская Республика, г.Ижевск, ул.40 лет Победы, 70а, тел/факс: (3412) 36-23-65
E-mail: priem-dgkp8@yandex.ru

Медицинская документация
Форма N 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ВЫПИСКА

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного

в , ФГБУЗ «РДКБ МЗ РФ» г. Москва

1.Фамилия, имя, отчество больного: Стрелков Даниил Леонидович

2.Дата рождения: _____ года рождения

3.Домашний адрес: Удмуртская Республика, _____

4.Место работы и род занятий: учащийся

5. Даты: а) по амбулатории: с рождения

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение):

Основное заболевание: Субклиническая продолжительная региональная эпилептиформная активность, диффузная эпилептиформная со средним индексом продолжительности на ЭЭГ сна, общее недоразвитие речи 2 уровня, синдром пирамидной недостаточности, легкий подкорковый синдром, синдром глазодвигательных нарушений, мелкая киста в левой лобной доле, признаки умеренно выраженной перивентрикулярной лейкопатии, асимметричная внутренняя гидроцефалия, синдром сосудистой дистонии на фоне РОП ЦНС. OU-Оперированная отслойка сетчатки, ретинопатия недоношенных 4а стадия. Сложный миопический астигматизм, частичная авитрия.OS- вторичная субкомп. глаукома. Синдром дисплазии соединительной ткани? функциональная кардиопатия, нарушение осанки по кифотическому типу, «воронкообразная» деформация грудной клетки.

МКБ 10: G 40

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, выписке.

Ранний анамнез:

Ребенок от 5 беременности, 3-х родов (2 медицинских аборта). Беременность протекала на фоне хламидиоза, ВПГ, УПБ с ранних сроков (стационарное лечение 5-8 недель).

Роды 3 в срок 25 недель путем кесарева сечения. – излитие околоплодных вод, безводный промежуток 4ч.45м. Вес при рождении 860 гр., рост 32 см., окружность головы 24см, окружность груди 22 см. Оценка по Апгар 5-7 баллов. Состояние при рождении тяжелое, находился в реанимационном отделении 4 месяца, в том числе на ИВЛ 3,5 месяца, в последующем ребенок переведен в отделение патологии новорожденных РДКБ г. Ижевска с диагнозом: пневмония, церебральная ишемия, БЛД.

В отделении новорожденных находился в течение месяца с диагнозом: БЛД тяжелое течение, хроническая фаза, ДН 2-1. Реконвалесцент острой двухсторонней полисегментарной пневмонии, обструктивного синдрома. Последствия гипоксически – геморрагического поражения ЦНС (ВЖК -2ст.) Двухсторонний пирамидный синдром. Внутренняя гидроцефалия. ЗПР. Ретинопатия 2-3 степени обих глаз. Увеличение вилочковой железы по R грудной клетки.

Сразу из отделения новорожденных в возрасте

5 месяцев 3 недели в клиники «Бонум» г. Екатеринбург проведена-транспупилляционная диодлазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки обих глаз.

В 7 месяцев в ЛОГУЗ «Детская клиническая больница» г. Санкт – Петербурга, проведена, витршwartэктомия обеих глаз. 08.02.2011 проведена трансконъюнктивная циклофотокагуляция на OS
Наркоз в общем получал 7 раз.

Развитие с рождения: сидит с 1 года, ходит с 1г. 8м., фразовая речь с 2 лет. Слух чуткий, обращенную речь понимает, просьбы выполняет, присутствует логическое мышление, активный.

С 8 месяцев до 3 лет регулярно проводилось стационарное обследование и лечение в БУЗ УР «РПНБ «Нейрон» МЗ УР» с жалобами – гиперподвижность в ночном и дневном сне, вытягивающие движения во сне, мотание головой по типу нет – нет. Засыпал ближе к 24 часам, через 2-3 часа нарушение сна – сильное метание по кровати, выгибание туловища (мостик), показывал на шейный отдел позвоночника. К 6 утра начинал спать спокойнее. Днем спал максимум 30 минут и очень чутко. Весь день гиперактивен.

При обследовании выявлены внутренняя гидроцефалия, признаки внутрижелудочковой гипертензии КТ от 23.04.2010 - 1г. 1м, эпилептиформные феномены ЭЭГ от 15.12.2010 – 1г. 10м.

После проведенных курсов лечения сон внешне нормализовался, но мотание головой во сне по типу нет- нет осталось. Состояние по неврологической патологии стабилизировалось и дальнейшем ребенку проводилась реабилитация по зрению, пульмонологии, логопедии.

В возрасте 7 лет перед проведением логопедического массажа по рекомендации логопеда (затрудненное слово-произношение, затруднение выразить мысли, произнести речь) была проведена ЭЭГ- 06.06.2016, выявлена отрицательная динамика в виде продолженной региональной эпилептиформной активности, в связи с чем после консультации невролога 15.06.2016 года назначена вальпроевая кислота 300 мг на ночь. В дальнейшем проводилось контрольное обследование ЭЭГ и подбор противосудорожной терапии:

- ЭЭГ от 19.10.2016 улучшения нет, вальпроевая кислота отменена, назначен зонегран в дозе до 75 мг в сутки до февраля 2017 года

- ЭЭГ от 20.02.2017 года – без динамики – отменен зонегран в дозе 75 мг, появились побочные эффекты, назначена кеппра в дозе 375 мг/сутки.

- ЭЭГ от 23.05.2017 года - без динамики – к лечению кеппры добавлена вальпроевая кислота в дозе 300 мг/сутки.

- ЭЭГ от 04.09.2017 года – без динамики- отменена вальпроевая кислота, назначена кеппра в дозе 500 мг/сутки. Подбор препаратов результатов не дал. Назначена профилактическая доза кеппры- 500 мг/сутки длительно.

Профилактические прививки: вакцинация БЦЖ, вирус гепатита В, вторая ревакцинации полиомиелит.

Наследственность - не отягощена.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, пневмония.

Аллергоанамнез: аллергические реакции на бытовые и пищевые, пыльцевые аллергены в виде крапивницы, аллергических реакций на лекарственные препараты не известны.

Осмотры специалистами:

Консультация нефролога: (выписка из стационара) 16.02.2017 Диагноз: Инфекция мочевой системы, ремиссия. Дисметаболическая нефропатия, оксалатная кристаллурия. НФП 0. Пиелоктозия справа, нефроптоз справа?

Консультация инфекциониста (д/стац. РКИБ) 11.09.2017 Диагноз: Сочетанная герпес вирусная инфекция, вызванная цитомегаловирусом, носительство вирусами Эпштейн – Бар и герпес человека 6 типа. Хроническое персистирующее течение, реактивация. Получил лечение.

Консультация генетика от 02.10.2017 Диагноз: Предположительно синдром дисплазии соединительной ткани. Половой хрома тип 0%.

Осмотр невролога от 29.09.2017 года

На данный момент: Учится во 2 классе общеобразовательной школы для детей с нарушением зрения. Д/С – практически не посещал. Является ребенком инвалидом по зрению.

Жалобы: Малая активность в общении со сверстниками, затруднение в изложении мыслей, небольшая неловкость в движениях (из за этого чувствует дискомфорт) немного замедленная реакция мышления, сосредоточенности, несколько снижена успеваемость по мате-ке по сравнению с 1 классом, изредка ночные мотания головой, нарушение зрения, повышенная потливость во сне.

Неврологический статус - окр.головы 50 см, вес 22 кг, рост 127. На контакт идет неохотно, речь фразовая, нечеткая, стесняется. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели симметричны, альтернирующий страбизм, периодически мелко- размашистый нистагм, зрачки ровные, реакции зрачков на свет сохранены. Движение глазных яблок в полном объеме. Носогубные складки симметричны, язык по средней линии, глоточный рефлекс сохранен. Сила в конечностях слегка снижена (до 4 баллов), мышечный тонус в них диффузно снижен, в руках с элементами спастичности. Рефлексы с конечностей равные, средней живости. В позе Ромберга легкая неустойчивость. Координаторные пробы выполняет нечетко с легким интенционным дрожанием.

Четких чувствительных расстройств нет. Читает, пишет, стихи запоминает. Засыпает и пробуждается быстро, легко. В сознании.

Принимает: Ксепра по 250 утр, вечер, глицерин (по схеме) - 1 мес., мексидол ½ -2 р.-1 мес.

Результаты лабораторных исследований:

Результаты анализов: от 18.08.2017: ТТГ-1,82, Т4-16,1. АЛТ-14,1 ед/л, АСТ-25 ед/л, Гамма ГТ-10,4 ед/л, ЛДГ-463,2 ед/л, Креатинин-24,7мкмоль/л, Кальций- 2,59 мкмоль/л, Магний -0,75 мкмоль/л, Билирубин прямой -2,29 мкмоль/л, Билирубин общий-2,29 мкмоль/л, Амилаза - 80,8 ед/л, Общий белок – 68,1г/л, Глюкоза -4,4 мкмоль/л

ОАК от 03.10.2017: гемоглобин 146, лейкоциты 6,9, базофилы-1, эозинофилы-5, сегмент-48, лимфоциты-37, моноциты-9

ОАМ от 02.10.2017: рН5. 5, лей-ты -0-1 в п/з, оксалаты ++

ЭЭГ в динамике:

Заключение ЭЭГ от 04. 04. 2011 - - ночной сон 8 часов 2 года

БАМ во время сна характеризуется умеренными диффузными ирритативными и дисрегуляторными изменениями с признаками заинтересованности неспецифических срединных и медиобазальных структур мозга с вовлечением корково-подкорковых структур полушарий мозга, в меньшей степени - стволовых структур. Отмечается раздражение передних отделов структур лимбической системы, корково-подкорковых структур с акцентом в лобных, в меньшей степени височных областях полушарий мозга. Периодически, в составе БСВ (четче в 1, начале 2 фаз МВ-сна) в лобно-центральных, передне-височных областях билатерально и с чередующейся латерализацией, акцентом справа, периодическим, диффузным распространением в соседние области, регистрируются спайковые компоненты, отдельные комплексы острых и медленных волн эпилептиформного характера. Во время записи сна у мальчика в периоды пробуждения отмечались состояния с выгибанием спины, при этом патологической активности на ЭЭГ не зарегистрировано. Ослабление дифференцировки фаз сна, слабая выраженность глубоких фаз сна, обусловлены повышенной возбудимостью ЦНС, что является предпосылкой для развития диссомнических нарушений.

ЭЭГ от 06.06.2016 - ночной сон 8 часов 7 лет

1. БАМ характеризуется умеренными (ближе к выраженным) диффузными дисрегуляторными и ирритативными изменениями с признаками корковой дизритмии (в том числе негрубого замедления основной активности), заинтересованности корково-подкорковых, медиобазальных, стволовых структур мозга, усиливающихся при ФП.
2. Биоэлектрическая активность мозга во время сна характеризуется умеренными (ближе к выраженным) диффузными ирритативными и дисрегуляторными изменениями с признаками заинтересованности корково-подкорковых, медиобазальных, неспецифических срединных структур мозга с периодическим вовлечением стволовых структур. Выраженность паттернов сна, дифференцировка фаз сна негрубо ослаблены. Периодически во время записи сна отмечается раздражение корковых, корково-подкорковых структур полушарий мозга с акцентом в лобных областях, глубинных структурах полушарий мозга с акцентом в правом полушарии.
3. Продолженная региональная эпилептиформная активность регистрируются в течение записи сна в теменно-затылочной, височной областях правого полушария (амплитудное доминирование на уровне Р4-02, Т6-Т4), в виде полифазных острых волн, комплексов острых и медленных волн, одиночных и сгруппированных, (по морфологии большинство напоминают, ДЭПД, часть деформированы), амплитудой до 200 мкВ, активность имеет тенденцию к распространению в соседние области одноименного, контралатерального полушарий и диффузно преимущественно в одноименном полушарии. Подобная активность, с меньшим индексом представленности (средний), меньшей амплитуды (на уровне фона) регистрируется в лобно-центральной, центрально-теменной областях правого полушария. Не исключено формирование дополнительно фокуса в лобной, лобно-центральной области левого полушария. Преимущественно в 1, начале 2 фаз МВ сна достаточно регулярно (средний индекс представленности) в составе всплеск высокоамплитудной медленноволновой активности диффузно с амплитудным доминированием в лобно-центральных, височных областях, правом полушарии регистрируется пик-волновая активность, комплексы острых и медленных волн.

4. Во время записи бодрствования индексе пароксизмальной мультирегиональной активности уменьшается: средний в теменно-затылочной, височной областях правого полушария, низкий - в лобно-центральной, центрально-теменной областях правого полушария, увеличивается до высокого - при ФП (четче при ФС).
5. Клинически пароксизмальных состояний во время записи сна и бодрствования не отмечено.
6. В сравнении с предыдущей записью, ЭЭГ сна ирритативные изменения, пароксизмальная активность выражены в большей степени.

ЭЭГ от 19.10.2016 на фоне приема Вальпроевой кислоты 300 мг

Заключение: Запись ЭЭГ в состоянии активного и пассивного бодрствования представлена легкими диффузными изменениями биоэлектрической активности коры больших полушарий головного мозга в рамках возрастной динамики электрогенеза. На протяжении всех стадий сна регистрируются регионарные одиночные и сгруппированные эпилептиформные нарушения в виде деформированных комплексов "пик-медленная волна" в затылачно-теменных отведениях справа по морфологии напоминающие роландические спайки без распространения.

ЭЭГ от 20.02.2017 на фоне приема Зонеграна 75 мг (похудел, осложнение на почки, оксалаты)

1. Биоэлектрическая активность мозга во время бодрствования характеризуется умеренными (ближе к выраженным) диффузными ирритативными и дисрегуляторными изменениями с признаками корковой дизритмии (в том числе по типу умеренного замедления основной активности), заинтересованности корково-подкорковых, медиобазальных, неспецифических срединных структур мозга, усиливающихся при ФП.
2. Биоэлектрическая активность мозга во время сна характеризуется выраженными диффузными ирритативными и дисрегуляторными изменениями с признаками заинтересованности неспецифических срединных, медиобазальных структур мозга с вовлечением корково-подкорковых, стволовых структур. Выраженность паттернов сна, дифференци - ровка фаз сна негрубо ослаблены.
3. Региональная эпилептиформная активность регистрируется регулярно в фоновой записи (средний индекс представленности), усиливается при открывании глаз, при ФП и после ФП, в теменно-затылочной, височной области правого полушария в виде кратковременных и продолжительных вспышек сгруппированных полифазных острых волн, комплексов острых и медленных волн (по морфологии напоминают ДЭПД), амплитудой до 250 мкВ. При ФС 13 Гц зарегистрирована вспышка пик-волновой активности, комплексов острых и медленных волн диффузно в правом полушарии, длительностью до 3 сек, амплитудой до 350 мкВ.
4. Продолженная региональная эпилептиформная активность регистрируется в течение записи сна в теменно-затылочной, височной, теменно-височной областях правого полушария в виде одиночных и сгруппированных полифазных острых волн, комплексов острых и медленных волн (часть по морфологии напоминают ДЭПД), периодически - полиспайков, амплитудой до 250 мкВ, активность имеет тенденцию к распространению диффузно в пределах одноименного полушария. Помимо этого, периодически в 1, начале 2 фаз МВ сна регистрируются диффузные, склонные к генерализации БСВ медленноволновой активности повышенной амплитуды, имеющие в составе диффузно спайки, острые волны, элементы пик-волновой активности, и изолированные иррегулярные пик-волновой активности, острых волн, пик-волновой активности, длительностью 1-3 сек, амплитудой до 400-500 мкВ
5. В сравнении с предыдущей записью ЭЭГ сна и бодрствования без существенной динамики.

ЭЭГ от 23.05.2017 на фоне приема Кеппры 375 мг/сутки

1. Биоэлектрическая активность мозга во время сна характеризуется выраженными диффузными ирритативными и дисрегуляторными изменениями с признаками заинтересованности неспецифических срединных, медиобазальных структур мозга с вовлечением стволовых, корково-подкорковых структур. Выраженность паттернов сна, дифференцировка фаз сна негрубо ослаблены.
2. Продолженная региональная эпилептиформная активность регистрируется в течение записи сна в теменно-затылочной, височной областях правого полушария в виде одиночных и сгруппированных комплексов острых и медленных (по морфологии напоминают ДЭПД), острых волн, амплитудой на уровне фона и до 250 мкВ, активность имеет тенденцию к распространению в соседние области преимущественно одноименного полушария. Помимо

этого, достаточно регулярно в течение записи сна (средний индекс представленности, четче 1,2 фазы МВ сна) регистрируется эпилептиформная активность в виде диффузных вспышек с амплитудным доминированием в лобно-центральных областях, пик-полипик-волновой активности, спайков, длительностью до 4 сек, амплитудой до 500 мкВ, большая часть вспышек начинается в лобных, лобно-центральных областях с чередующейся латерализацией, реже в теменно-затылочной, височной областях правого полушария (с-м вторичной билатеральной синхронизации). Индекс региональной пароксизмальной активности во время бодрствования несколько уменьшается, но остается высоким, увеличивается при ФС (после сна). В сравнении с предыдущей записью ЭЭГ сна несколько меньше продолжительность диффузных вспышек пароксизмальной активности, по остальным показателям без динамики.

ЭЭГ от 04.09.2017 на фоне приема Кеппры 375 мг/сутки и Вальпроевая кислота 300 мг

БЭА мозга во время сна характеризуется выраженными диффузными ирритативными и дисрегуляторными изменениями с признаками заинтересованности неспецифических срединных, медиобазальных структур мозга с вовлечением стволовых, корково-подкорковых структур. Выраженность паттернов сна, дифференцировка фаз сна ослаблены.

Продолжительная региональная эпилептиформная активность регистрируется в течении записи сна в теменно-затылочной, височной областях правого полушария в виде острых волн, комплексов острых и медленных волн, одиночных и сгруппированных (часть по морфологии напоминают ДЭПД), в меньшей степени спайков, амплитудой на уровне фона и до 300 мкВ, активность имеет тенденцию к распространению в соседние области преимущественно одноименного полушария. Помимо этого, регулярно в течении записи сна (средний индекс представленности, четче 1,2 фазы МВ сна) регистрируется эпилептиформная активность в виде диффузных вспышек с амплитудным доминированием в лобно-центральных областях, пик-полипик-волновой активности, спайков, длительности до 5 сек, амплитудой до 400-500 мкВ, большая часть вспышек начинается в лобных, лобно-центральных областях с чередующейся латерализацией (с-м вторичной билатеральной синхронизации) По мере углубления сна вспышки менее продолжительные, меньшей индекс представленности. Индекс региональной пароксизмальной активности во время бодрствования несколько уменьшается (средний), негрубо увеличивается при ФС (после сна).

3. В сравнении с предыдущей записью ЭЭГ сна без существенной динамики.

Назначена Кеппра 500 мг/сутки длительно

4. **МРТ от 07.06.2017** Заключение – Маленькая киста в левой лобной доли, вероятно, как последствия постишемических, постгипоксических изменений в перинатальном периоде. МР – признаки умеренно выраженной перивентрикулярной лейкопатии. Асимметричная внутренняя гидроцефалия (S>D). Расширение базальных цистерн головного мозга. МР-картина этмоидита, гипертрофии глоточной миндалины 2 ст.

5. **УЗДГ от 08.06.2017** Заключение: Довольно выраженная асимметрия ЛСК по экстракраниальным сегментам ВСА с признаками повышения слева. На интракраниальном уровне ЛСК неустойчивые с тенденцией к повышению по обеим СМА, по левой ПМА, по левой ЗМА, снижены по правой ЗМА. Асимметрия ЛСК по ПМА умеренная, по ЗМА умеренная. По ПА на экстракраниальном уровне асимметрия кровотока с признаками негрубого снижения справа. По интракраниальным сегментам ПА и ОА умеренно повышены (не исключается ангиоспазм). При поворотах головы повышается ЛСК по левой ПА. Признаки венозной гипертензии (усилен кровоток по ПВ).

Лечебные и трудовые рекомендации: нуждается в обследовании и подборе терапии, лечения в ...
ФГБУЗ «РДКБ МЗ РФ» г. Москва

Контакта с инфекционными больными нет.

Врач - педиатр участковый

Заместитель главного врача по МЧ

06.10.2018 г.



Лебедева Н.С.

