

ДРКБ МЗ РТ
Отделение медицинской реабилитации
наследственных заболеваний функций
центральной нервной системы
г. Казань, Оренбургский тракт, д. 140
тел. (843) 267-89-11

ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

420138, г. Казань
ул. Оренбургский тракт, 140
многоканальный сервис-телефон: (843) 269-89-00, тел. отделения: (843) 267-89-11
сайт: www.drkbmzrt.ru

Отделение медицинской реабилитации
(Круглосуточное пребывание)

**Выписка из истории болезни № 36618, Салихутдинова Самира Айратовича, 24.03.2019 г.р.,
находившегося на лечении с 10.10.2023 по 20.10.2023 г.**

Диагноз: G04.8 Последствия перенесенного герпетического менингоэнцефалита тяжелой степени (06.04.2020 г.) с формированием кистозно-глиозно-атрофических изменений полушарий головного мозга с более грубыми изменениями в правом полушарии, формирующейся кистой ствола на уровне моста справа, арахноидальной кистой левой височной области, вентрикуломегалией, спастико-дистонический тетрапарез, гиперкинетический синдром, регресс моторного развития, задержка психо-речевого развития.

Эпилепсия структурная мультифокальная с эпилептическими спазмами, фармакорезистентное течение.

Функциональный класс 3а.

Реабилитационный диагноз по МКФ:

Структура головного мозга	s110.3
Тонус мышц всех конечностей	b7354.2
Сила всех мышц тела	b7306.3
Контроль простых произвольных движений	b7600.3

Поступил для проведения этапного комплексного курса реабилитации повторно (предыдущий курс с 02.08.2022 по 12.08.2022г.). **Жалобы при поступлении со стороны мамы.** Утрата приобретенных моторных навыков после перенесенного менингоэнцефалита в 2020 г., задержка моторного развития (голову удерживает слабо, не садится, не стоит), задержка речевого развития (не разговаривает).

Анамнез заболевания. Заболел 3.04.20 рвота, температура до 37,0. Госпитализирован 4.04 в детское отделение ЦРБ с жалобами на рвоту после приема пищи, повышение температуры до фебрильных цифр с д-м: ОРВИ, фебрильные судороги. В отделении на фоне температуры отмечалось отведение взгляда влево. 6.04 переведен в ДИБ, где находился до 22.04.20 с дм: Герпетический менингоэнцефалит (выписка прил-ся), получал цефтриаксон, ацикловир, дексаметазон, депакин, иммуноглобуллин в/в. По договоренности с зам.гл. врача Басановой Л.И переведен в ДРКБ для проведения КТ ГМ и консультации невролога. Лечился с 22.04 по 8.05 в ИДО.

При поступлении: Состояние тяжелое за счет неврологической симптоматики. Расторможен. Временами беспокоится. Левосторонний гемипарез. В отделении проведено обследование, включая РКТ головного мозга, выставлен диагноз: Герпетический менингоэнцефалит, острое течение, тяжелая форма, левосторонний гемипарез умеренный, задержка психомоторного развития. Симптоматическая эпилепсия. Анемия железодефицитная легкой степени. Получал лечение: противовирусная терапия: ацикловир в/в с переходом на пероральный прием, сосудистая терапия: глицер, цитофлавин, витамины: B1, B6, противосудорожная терапия: депакин (конвулекс), в/м кортексин, перорально: диакарб, аспаркам, ибупрофен, мальтофер, ЛФК.

09.05.20 г повторная госпитализация в ИДО с жалобами на учащение судорог, повышение температуры. Получал лечение - противосудорожная терапия конвулекс, топамакс, трилептал, диакарб, аспаркам. Жалобы на повышенное беспокойство, тоническое напряжение с поворотом в правую сторону, хаотические движения в правых конечностях. РКТ головного мозга от 22.04.2020: по данным РКТ зоны гиподенсивной плотности в белом веществе правого полушария, в левой височной теменной долях, активное накопление контраста бороздами правой височной и теменной долей (подобные изменения возможны при воспалительном процессе). Вентрикуломегалия. Атрофия левого полушария головного мозга. Арахноидальная киста левой височной области.

ЭЭГ от 18.05.2020: Б.Э.А. абнормная. Выраженное замедление фоновой активности. Межполушарная асимметрия с преобладанием амплитуды слева. Эпилептиформная активность в виде острых волн, комплексов ОМВ в лобно-передне-височной и височной областях слева, центральной области справа (редко) в структуре продолженной высокоамплитудной медленноволновой активности по левому полушарию амплитудой до 200-250 мкВ.

ЭхоКГ от 08.06.2020: камеры сердца и гемодинамические показатели в пределах возрастной нормы. Септальные и клапанные пороки не выявлены.

КТ головного мозга от 10.05.20 - По данным РКТ, в сравнении с томограммами от 22.04.20 поствоспалительные кистозно-атрофические изменения полушарий головного мозга с более грубыми изменениями в правой височной доле. Вентрикуломегалия. Арахноидальная киста левой височной области.

Офтальмоскопия от 10.05.2020: ДЗН бледно-розовый, височная деколорация. Границы ДЗН четкие, отека нет, кровоизлияния нет, артерии узкие, извиты; вены расширены, извиты. Сетчатка розовая.

ЭхоЭГ от 15.06.2020: смещение срединных структур отсутствует. Гипертензионно-гидроцефальные признаки умеренные ликворного характера.

Переведен в отделение неврологии 28.05.2020 г.

ЭЭГ от 15.06.2020: выраженное замедление основной активности. Зарегистрирован естественный дневной сон. Структура сна и бодрствования различны. Стадии сна не дифференцируются. В бодрствовании отмечаются острые волны, комплексы ОМВ в структуре регионального продолженного неритмичного замедления в лобно-височной центральной области с акцентом слева, сопровождающиеся постоянными подергивающими движениями правой ноги и адверсией головы вправо. Во время сна индекс эпилептической активности возрастает, движения конечностей, головы прекращаются, регистрируются мультирегиональные острые волны, комплексы ОМВ, продолженные разряды из КОМВ, пик-волновых комплексов преимущественно в лобной и височно-центральной области слева.

ЭЭГ от 18.05.20 - БЭА абнормная. Выраженное замедление фоновой активности. Межполушарная асимметрия с преобладанием амплитуды слева. Эпилептиформная активность в виде острых волн, комплексов ОМВ в лобно-передне-височной области слева, центральной области справа (редко) в структуре продолженной высокоамплитудной медленноволновой активности по левому полушарию амплитудой до 200-250 мкВ.

ЭЭГ от 02.07.2020: БЭА. абнормная. Выраженное замедление основной активности. Преобладание патологической активности не выявлено на фоне значительных общемозговых изменений. Эпилептиформная активность региональная над левой лобно-передневисочной областью в виде одиночных и сгруппированных комплексов ОМВ амплитудой до 200 мкВ. Отмечается распространение КОМВ на центральные отведения обоих полушарий и диффузно. Диффузные разряды короткие, около 1-2 секунд с преобладанием выраженности и амплитуды КОМВ по передним отведениям.

МРТ головного мозга от 06.07.2020: МРТ-данные кистозно-глиозных, выраженных атрофических изменений полушарий большого мозга.

ЭЭГ от 06.08.2020: БЭА. абнормная. Значительное замедление основной активности. Преобладание патологической активности – не выявлено на фоне общемозговых изменений. Эпилептиформная активность во время бодрствования мультирегиональная, переходящая в диффузную различной степени синхронизации. Представлена комплексами ОМВ. В период дремоты и неглубокого сна индекс эпилептиформной активности резко усиливается. В бодрствовании зафиксировано 2 приступа, во время которых пациент широко открывает глаза, фиксирует взгляд попеременно влево и вправо. В конечностях отмечаются хаотичные движения. На ЭЭГ в эти моменты не наблюдались дополнительные изменения, индекс ЭА не увеличивается.

ЭЭГ от 15.08.2020: выраженное замедление корковой ритмики. Основной корковый ритм не зарегистрирован. Сон представлен засыпанием. Физиологические паттерны сна не регистрируются. В бодрствовании и во сне зарегистрирована региональная эпилептиформная активность в левой лобной области, с распространением бифронтально по ходу записи са. Индекс представленности по ходу записи бодрствования низкий, не превышает 10-15%, во сне значительно нарастает, варьируя от низких до высоких значений (субъективно, около 60%). По ходу записи бодрствования регистрировались множественные гиперкинезы оромандибулярной мускулатуры, правых конечностей – эпилептический генез исключен.

ЭЭГ от 28.01.2021 г.: патологический паттерн активности, представленный вариантом модифицированной гипсаритмии с доминирующими медленными комплексами острая-медленная волна. Асимметричные инфантильные спазмы.

ЭЭГ от 09.09.2021 г.: основной ритм по частотным характеристикам соответствует возрасту. При проведении функциональных проб патологических изменений корковой ритмики не отмечалось. Сон дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны представлены удовлетворительно, но дезорганизованы эпилептиформной активностью. Наиболее длительно представлена 2-я фаза сна. В ходе исследования отмечалась супрессия ритмики в задних отделах правого полушария (О2-Т6). Эпилептиформная активность представлена средне-высоким индексом в виде комплексов острая-медленная волна в лобно-височных отделах полушарий слева и справа, преимущественно с формированием билатеральных и высокоамплитудных диффузных разрядов. За время исследования зарегистрировано множество эпилептических приступов (эпилептические спазмы и более продолжительные тонические приступы), преимущественно серийного течения. Отчетливой зоны начала на ЭЭГ не выявлено.

Наблюдается эпилептологом с диагнозом: Эпилепсия структурная мультифокальная с эпилептическими спазмами, фармакорезистентное течение.

Наблюдается эпилептологом центра «Солнцево», г. Москва. Фармакоанамнез: депакин, клоназепам, трилептал, топамекс, сабрил (не дошли до нужной дозы), зонегран, курс метилпреднизолона (сокращение приступов). ЗВП от 16.02.22 – признаков поражения зрительных нервов на данный момент нет.

ЭЭГ от 04.04.2022 – патологический паттерн модифицированной гипсаритмии с межполушарной синхронизацией и медленными комплексами острая-медленная волна. Иктальные паттерны эпилептических спазмов, часто асимметричные с преобладанием в левом полушарии, субклинические или сопровождающиеся приступами эпилептических спазмов.

Консультация эпилептолога (Власов П.А) от 24.04.2022 – ДЦП, спастический тетрапарез, вследствие перенесенного герпетического менингоэнцефалита от 06.04.2020. Структурная мультифокальная эпилепсия, фармакорезистентное течение. Эпилептическая энцефалопатия (синдром Веста).

Проходил курс реабилитационных мероприятий в РЦ Первый шаг.

Проходил курс реабилитации в ОМР ДРКБ в январе 2022 г. Проведено: индивидуальная кинезотерапия, хромотерапия, бальнеотерапия. За время реабилитации приступы не увеличились.

Предыдущий курс реабилитации в ОМР ДРКБ проходил в августе 2022г. Проведено: Физическая терапия (индивидуальная кинезотерапия); Физиотерапевтическая процедура (хромотерапия); Бальнеотерапия (общие гидромассажные ванны без фотохрома); Занятия с эргоспециалистом; Занятия с логопедом.

ЭЭГ от 26.05.23 – Во сне эпилептиформная активность представлена высоким индексом мультирегиональными разрядами комплексов острая-медленная волна, а также медленных комплексов острая-медленная волна, с тенденцией к распространению на соседние отделы своего полушария, а также диффузно, амплитудой до 700 мкВ

Данная госпитализация по направлению педиатра по месту жительства.

Анамнез жизни.

рождении 2700 г.

Консультация окулиста от 11.02.22 – Нисходящая атрофия зрительного нерва. Гиперметропия средней степени.

Профилактические прививки: временный медотвод.

Гемотрансфузионный анамнез: неотягощён.

Аллергологический анамнез: на персик, абрикос.

Соматический статус. Состояние тяжелое, обусловленное неврологическим дефицитом. Кормление протертой пищей per os, усваивает. Температура тела 36,6° С. Телосложение правильное, конституция гипостенического типа. Кожные покровы физиологического цвета, чистые. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Развитие подкожно-жирового слоя снижено, распределение равномерное. Тургор снижен. Лимфатические узлы: не увеличены. Мышечная система: гипотрофия. Суставы правильной конфигурации. Носовое дыхание свободное. Дыхание в легких проводится. ЧДД 33 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 123 в минуту. Живот округлой формы, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления не нарушены. Вес 12,5 кг. Рост 100см.

Неврологический статус. Состояние тяжелое по нейрофункциональному дефициту. На осмотр реагирует беспокойством. Постоянно тянет правую руку в рот. В зрительный контакт не вступает, не следит. Игрушками не интересуется.

Отмечаются ежедневные одиночные тонические приступы (редко эпилептические спазмы) до 5-7 в сутки.

Моторная сфера. Правую руку тянет в рот. Голову по средней линии позиционирует слабо, наклоняет влево.

Поворачивается на правый бок. При тракции пальцы исследователя захватывает, группируется, слегка подтягивается, голову удерживает. При пассивной вертикализации опора слабая, астазия-абазия. При подсаживании сидит с фиксацией.

Со стороны черепных нервов. Зрачки равные, фотореакции живые. Взгляд не фиксирует, не следит. Глазные щели равные.

Лицо симметричное в покое и при мимике. На звуковой раздражитель реагирует вздрагиванием, поворотом взгляда в сторону звука. Повороты головы не ограничены.

Мышечный тонус повышен, S>D, в правых конечностях дистоничный. Гиперкинезы в мимической мускулатуре, языка.

Сила мышц в правых конечностях – 3 балла, в левых конечностях – 1 балл. Спастический тетрапарез. Сухожильные рефлексы оживлены, S>D. Спонтанный рефлекс Бабинского с двух сторон. На болевой раздражитель реагирует.

Менингеальные знаки отрицательные.

Проведено:

А. Комплексная оценка реабилитационного потенциала:

Оценка по шкале больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System (GMFSC)) – V.

Количественная оценка общей двигательной функции GMFM 66 – ограничение моторного функционирования 98,44%

Система классификации мануальных способностей Ability Classification System (MACS) – IV dex., V sin.

Индекс ходьбы Хаузера

Баллы	Вопросы	Время
9	Перемещение только в инвалидной коляске с внешней помощью	-

Определение реабилитационного потенциала:

Заключение: анализ результатов проведенных нейрофункциональных шкал и данных неврологического осмотра выявил выраженное нарушение жизнедеятельности. Ограничения функционирования - 88% - функциональный класс 3а. ШРМ 5.

Реабилитационный потенциал сомнительный.

Реабилитационный прогноз: Сомнительный

Градация оценки ШРМ	Описание статуса При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности

а) пациент прикован к постели; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью); д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.

В. Индивидуальный план реабилитации:

- Индивидуальная кинезотерапия
- Общие ванны без фотохрома
- Хромотерапия синим светом
- Виброплатформа «Галилео».
- Транслингвальная стимуляция.

Реабилитационный курс выполнен в полном объеме. Выписан с улучшением.

Неврологический статус при выписке. Состояние тяжелое по нейрофункциональному дефициту. На осмотр реагирует беспокойством. Постоянно тянет правую руку в рот. В зрительный контакт не вступает, не следит. Игрушками не интересуется.

Отмечаются ежедневные одиночные тонические приступы (редко эпилептические спазмы) до 5-7 в сутки.

Моторная сфера. Правую руку тянет в рот. Голову по средней линии позиционирует слабо, наклоняет влево.

Поворачивается на правый бок. При тракции пальцы исследователя захватывает, группируется, слегка подтягивается, голову удерживает. При пассивной вертикализации опора слабая, астазия-абазия. При подсаживании сидит с фиксацией.

Со стороны черепных нервов. Зрачки равные, фотореакции живые. Взгляд не фиксирует, не следит. Глазные щели равные.

Лицо симметричное в покое и при мимике. На звуковой раздражитель реагирует вздрагиванием, поворотом взгляда в сторону звука. Повороты головы не ограничены.

Мышечный тонус повышен, S>D, в правых конечностях дистоничный. Гиперкинезы в мимической мускулатуре, языка.

Сила мышц в правых конечностях – 3 балла, в левых конечностях – 1 балл. Спастический тетрапарез. Сухожильные рефлексы оживлены, S>D. Спонтанный рефлекс Бабинского с двух сторон. На болевой раздражитель реагирует.

Менингеальные знаки отрицательные.

В контакте с инфекционными больными не был.

Рекомендовано:

1. Наблюдение у педиатра, невролога по месту жительства
2. Наблюдение эпилептолога.
3. ЭЭГ сна (контроль каждые 3-6 месяцев)
4. Профилактика простудных заболеваний.
5. Ежедневные прогулки на свежем воздухе.
6. Продолжить выполнять кинезиотерапевтический комплекс на укрепление мышечного корсета и активизацию двигательных навыков (мама обучена).
7. Контролировать уровень витамина Д каждые 4 месяца, профилактика гиповитаминоза Д при необходимости.
8. Регулярные курсы реабилитационного лечения согласно индивидуальной программе реабилитации-абилитации ребенка-инвалида, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы.
9. Продолженный курс реабилитации в условиях дневного стационара ОМР ДРКБ (дано направление).

Заведующий ОМР

Лечащий врач-невролог, ФРМ

Ахмадуллина Э.М.

Павлова А.А.

20.10.2023

ДЛЯ СПРАВОК