



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»**

Федеральное государственное автономное учреждение
национальный медицинский исследовательский
центр здоровья детей Министерства
здравоохранения Российской Федерации
119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1, тел. (495) 967-14-20; www.nczd.ru
тел.: 8(495) 134-04-09

Выписной Эпикриз от 17.06.2025

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА

ФИО	Иванов Владимир Сергеевич		
Возраст	12 лет 9 месяцев	Дата рождения	19.08.2012
Поступил в отделение	53 Отделение психоневрологии и нейрореабилитации Центра детской психоневрологии (499) 134-04-09		
Период пребывания	с 10.06.2025 по 17.06.2025		

Диагнозы

Основное заболевание	G80.1	Церебральный паралич со спастической диплегией
10.06.2025	Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFSC III. MACS II. Нарушение когнитивного развития. Логоневроз.	
Сопутствующее заболевание	Z54.0	Состояние выздоровления после хирургического вмешательства
10.06.2025	Состояние после проведенного оперативного лечения по поводу подвывихов ТБС от 02.2016, 11.2016. Состояние после остеотомии пяточной, таранной и левой малоберцовой костей от 18.11.2019. Состояние послеудаления спиц Киршнера из костей стопы, тендомиотомии ри 04.02.2021. Состояние после оперативного лечения голеностопных и коленных суставов от 21.01.2022.	
Сопутствующее заболевание	H52.0	Гиперметропия
10.06.2025	Гиперметропия слабой степени обоих глаз. Сложный гиперметропический астигматизм слабой степени обоих глаз. Амблиопия слабой степени обоих глаз.	

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

- на задержку моторного развития (стоит с поддержкой, самостоятельно не ходит)
- на деформацию стоп при опоре
- на заикание
- на сниженный аппетит.

АНАМНЕЗ

Вес при рождении 1400 г, окружность головы 27 см, окружность груди 26 см, оценка по шкале Апгар 5/6/7 баллов. Закричал сразу. Находился в отделении патологии новорожденных 10 суток, СРАР 2 суток.

Раннее развитие: голову держит с 3 месяцев, переворачивается с 1 года 2 мес.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

На первом году жизни получал курсы массажа, физиотерапевтических процедур. Диагноз ДЦП выставлен после 1 года. Наблюдается неврологом по месту жительства, периодически получает курсы реабилитационных мероприятий, медикаментозной терапии.

Первая госпитализация в отделение психоневрологии НЦЗД в августе 2015 года. В отделении с целью снижения спастичности проведены инъекции препарата ботулотоксина типа А (диспорт). Доза препарата составила 32,0 ЕД/кг массы тела. Суммарная доза 400 ЕД Диспорта. Проведен курс медикаментозного лечения, реабилитационных мероприятий. На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика в виде снижения мышечного тонуса в конечностях, при ходьбе - отсутствие перекреста ног, уменьшилась эквинусная установка стоп. Осмотрен врачом отделения нейроортопедии и ортопедии, поставлен диагноз: подвывих бедер с двух сторон. Рекомендовано плановое оперативное лечение.

20.10.2015 выполнена операция: Деторсионно - варизирующая остеотомия левой бедренной кости, остеосинтез пластиной, остеотомия таза по Солтеру слева.

05.11.2015 выполнена операция: Деторсионно - варизирующая остеотомия правой бедренной кости, остеосинтез пластиной, остеотомия таза по Солтеру справа.

На контрольном осмотре отмечается формирование сгибательно-приводящий контрактуры правого тазобедренного сустава.

На основании данных анамнеза, жалоб, данных ортопедического статуса (отведение/приведение: справа 5/-10, слева 20/-10. Отмечается сгибательно-приводящая контрактура в правом тазобедренном суставе.) 17.02.2016 выполнена операция: Артролиз с элементами артропластики правого тазобедренного сустава, удаление металлоконструкций (замещение связочных дефектов суставных поверхностей крупных суставов синтетическим материалом).

В феврале 2016 года, после проведенного оперативного лечения, пациент госпитализирован в отделение психоневрологии.

По данным видео ЭЭГ, эпилептиформной активности, эпилептических приступов, их ЭЭГ-паттернов зарегистрировано не было. Проведен курс реабилитации.

16.11.2016 выполнена операция: коррекция деформации справа, удаление металлоконструкций.

16.11.2016 выполнена операция: Деторсионно - варизирующая остеотомия правой бедренной кости, остеосинтез (корректирующие остеотомии костей таза, верхних и нижних конечностей).

После проведенного оперативного лечения отмечена выраженная положительная динамика: мальчик самостоятельно садится, сидеть в позе W, вставать на колени у опоры.

Госпитализация в отделение психоневрологии в апреле 2017 г - Проведен курс реабилитации в объеме физио и кинезотерапии. Кроме того проведен курс ботулинотерапии препаратом Диспорт в суммарной дозе 490 ЕД. Процедуру перенес удовлетворительно. протокол процедуры выдан маме на руки. По данным ЭЭГ от апреля 2017 -За время длительного наблюдения эпилептических приступов, их ЭЭГ-паттернов зарегистрировано не было. На фоне проводимых мероприятий отмечается положительная динамика в виде уменьшения спастичности, увеличения объема активных движений.

В межгоспитальный период мать отмечает, что ребенок стал ползать на четвереньках, стал более активный, однако после последней ортопедической коррекции у ребенка появился логоневроз, усиливающийся при волнении.

Следующая госпитализация в апреле 2018 года. По данным видео ЭЭГ: основной ритм по частоте соответствует возрасту. Зональные амплитудные различия ослаблены. Сон дифференцируется от бодрствования и модулирован на стадии. Физиологические паттерны сна выражены. В ЭЭГ сна зарегистрированы одиночные острые волны и сгруппированные

дуплеты и триплеты комплексы в теменном вертексном регионе, с распространением парасагиттально на центрально-теменно-задневисочные отделы. Индекс представленности низкий (3%). За время длительного наблюдения эпилептических приступов, их ЭЭГ-паттернов зарегистрировано не было. По сравнению с исследованием от 14.04.2017 в ЭЭГ сна зарегистрированы одиночные острые волны и сгруппированные в дуплеты и триплеты комплексы в теменном вертексном регионе, с распространением

парасагиттально на центрально-теменно-задневисочные отделы. Индекс представленности низкий (3%). Учитывая низкий индекс представленности эпилептиформной активности, отсутствие приступов клинически, в настоящее время в назначении противосудорожной терапии ребенок не нуждается.

Для оценки состояния тазобедренных суставов после проведенного оперативного лечения проведена рентгенография ТБС: слева по латеральной поверхности подвздошной кости определяется костный выступ размером 14мм (ранее было 9мм) - экзостоз?п/о изменения?. В проекции малого вертела левой бедренной кости определяется аналогичный костный выступ с острыми краями длиной до 13мм (без динамики). Структура бедренных костей стала более однородная. Кортикальный слой неравномерный, местами утолщен. Прозрачность костной ткани незначительно повышена в области бедренных костей. Проконсультирован ортопедом, рекомендовано динамическое наблюдение с повторной рентгенографией через 6 месяцев.

Следующая госпитализация в отделение психоневрологии в апреле 2019 года. Проведен-ЭЭГ мониторинг для динамического наблюдения за электрофизиологической активностью головного мозга: основной ритм соответствует возрасту. При проведении функциональных проб патологических изменений корковой ритмики не отмечалось. ЭЭГ сна не зарегистрирована. За время исследования эпилептиформной активности, эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано. По сравнению с исследованием от 23.04.2018 г. (оценивалось ЭЭГ бодрствования) значимых изменений не выявлено. По данным Rg тазобедренных суставов: рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон. Состояние после оперативного лечения. Был проконсультирован ортопедом, рекомендована плановая госпитализация в отделении нейроортопедии для оперативного вмешательства.

Ребенок консультирован логопедом, дефектологом, рекомендации даны. С антиспастической целью 18.04.19 была проведена ботулинотерапия препаратом ботулотоксина типа А ДИСПОРТ в суммарной дозе 720 ЕД (вес 18 кг, доза 40 ЕД/кг массы тела). Ребенок консультирован специалистами-реабилитологами - физиотерапевтом, врачом ЛФК. Рекомендованные реабилитационные мероприятия проведены в полном объеме. С 07.11.2019 года по 29.11.2019 года находился на госпитализации в ФГБУ "РНЦ"ВТО" им.акад.Г.А.Илизарова в г.Кургане. 18.11.2019 года проведена операция с двух сторон - реконструктивно-пластическое хирургическое вмешательство на костях стопы (операция по Crise, остеотомия пяточной и таранной костей) с использованием костного аутоотрансплантата. Теномиотомия m.gracilis, апоневротомия m.semimembranosus, транспозиция m.semitendinosus, апоневротомия m.gastrocnemius, тенодез m.tibialis posterior. Межгоспитальный период стабильный. Судорог нет.

Последняя госпитализация в 2020г. ЭЭГ мониторинг: Частота основной активности не замедлена в сравнении с возрастной нормой. В бодрствовании зафиксированы редкие (единичные за исследование) диффузные полифазные медленноволновые потенциалы, с наличием низкоамплитудных спайков и формированием нечётких комплексов острая волна – медленная волна, более выраженных в левых лобно-височных отделах. Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики. Сон дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна сформированы. Зафиксирована редкая (единичная за исследование) эпилептиформная активность в левых лобно-центрально-височных отделах, с распространением на гомологичные отделы противоположного полушария, представленная острыми потенциалами, спайками с формированием комплексов острая волна – медленная волна, пик – волна.

время исследования эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано. Рентген тазобедренных суставов: рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон. Латерализация левой бедренной головки. Рентгенография дистальных отделов стоп: Состояние после операции от 18.11.2019 года проведена операция с двух сторон - реконструктивно-пластическое хирургическое вмешательство на костях стопы (операция по Crise, остеотомия пяточной и таранной костей) с использованием костного аутотрансплантата. Визуализируются спицы с двух сторон в области пяточных костей. Рентгенологические признаки продольного плоскостопия I степени с двух сторон. С результатами обследования ребенок консультирован ортопедом, рекомендовано динамическое наблюдение, прохождение курсов реабилитации, ношение ортезов KAFO. УЗИ органов брюшной полости: без патологии. Выполнена Эхо-КГ: Полости сердца не расширены, стенки не утолщены, перегородки интактны, клапаны и крупные сосуды не изменены, функциональные параметры сердца в норме. Данных за ВПС нет. С антиспастической целью ребенку проведены инъекции ботулотоксина типа А (Диспорт) в суммарной дозе 700 Ед (35 Ед/кг массы тела), в целевые мышцы под контролем УЗ. Ребенок перенес процедуру удовлетворительно, без осложнений.

В меж госпитальном периоде отменяется возникновения метаболических приступов. Ребенок просыпается утром вялый, с выраженной слабостью, при измерении ацетона показатели повышены, родители отпаивали ребенка сладким - состояние нормализовывалось.

Данная госпитализация повторная, плановая для обследования и комплексного восстановительного лечения.

Лечение до поступления: Не получает.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявляется. Ребенок контактен, на осмотр реакция спокойная. Внимание привлекается, легко отвлекаем. Речь - простая аграмматическая фраза, логоневроз. Учится в школе, в 5 классе. Обращенную речь понимает на бытовом уровне. Игра манипулятивная с элементами сюжетной. Знает цвета. Навыки опрятности и самообслуживания в процессе формирования.

Черепные нервы: движение глазных яблок в полном объеме, зрение предметное, глазные щели D=S. Зрачки округлой формы, фотореакции (прямая и содружественная) живые, D=S. Аккомодация и конвергенция не нарушены. Подвижность нижней челюсти сохранена, область выхода ветвей N. Trigeminus безболезненна. Лицо асимметрично: легкая сглаженность носогубной складки слева, мимика живая. Слух сохранен. Нистагма нет. Глоточные рефлексы живые, при глотании не поперхивается.

Uvula по средней линии. Фонация не нарушена. Голова по средней линии. Язык по средней линии, фибрилляций и фасцикуляций нет.

В двигательной сфере: мышечный тонус повышен в верхних и нижних конечностях по спастическому типу, больше в ногах, S>D. Ограничен объем активных движений больше в ногах в связи с тонусными нарушениями. Формирующиеся контрактуры локтевых суставов. Сухожильные рефлексы с рук высокие, S>=D, с ног высокие, с расширением рефлексогенных зон, S>=D. Патологические стопные знаки - рефлекс Бабинского, клonusы стоп с двух сторон. При вертикализации эквиноварусная установка стоп S>D.

Моторные навыки: Самостоятельно садится, сидит на краю, и в позе W, переворачивается со спины на живот и обратно. Самостоятельно встает. Стоит с поддержкой за подмышечные впадины, делает несколько шагов с поддержкой. Ходит и стоит на передних отделах стоп.

Чувствительность болевая и температурная сохранены.

Тазовые функции: центрально сформированы, периферически - не нарушены.

ДАнные ОСМОТРА

Совместный осмотр с зав. отделения проф. д.м.н. Кузенковой Л.М. и куратором Андреевко Н.В. Общее состояние Средней тяжести. Температура 36,6С. Положение активное. Вес 32кг. Рост стоя 146см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные

покровы

физиологической окраски, чистые от сыпи. Слизистые оболочки чистые. Зев, миндалины: розовый. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: Эквинусная установка стоп. Мышцы, суставы: тонус мышц изменен по спастическому типу. Органы дыхания: Носовое дыхание свободное, аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Органы кровообращения: тоны сердца ясные, ритмичные. Органы пищеварения: Аппетит удовлетворительный. Зубы санированы. Диспептических явлений нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочеполовая система: Дизурии нет. Нервная система: см. неврологический статус; Органы чувств: слышит, видит.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. Рентгенография тазобедренных суставов 11.06.2025

ВИД ИССЛЕДОВАНИЯ.: цифровая рентгенография; Проекция: прямая проекция; На рентгенограмме тазобедренные суставы расположены ассиметрично; Головки бедренных костей визуализируются с двух сторон; Размеры головок бедренных костей: справа 34x12 мм, слева 38x14 мм; Контуры головок бедренных костей: справа четкие, ровные, слева четкие, ровные; латерализованы с двух сторон; Крыши вертлужных впадин сформированы: правильно; Контур вертлужной впадины: Справа - четкий, ровный; Слева - четкий, ровный; Контуры их с субхондральным уплотнением выраженным, больше слева; Дополнительные сведения: Структура левой бедренной кости неоднородная, кортикальный слой неравномерный; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон; подвывих справа, латерализация бедренных костей.; Подписано: согласие на медицинское вмешательство Нет; Ацетабулярный угол, град. - 90° 5'; Степень костного покрытия головки бедренной кости - 70% - 98%; ШДУ-проекционный - 160 - 151; Линия Шентона - прерывиста - непрерывна;

2. ЭКГ 11.06.2025

РИТМ 101; QT 320 мс; QTc 415 мс; ПОЛОЖЕНИЕ ЭОС: Вертикальное; РИТМ: Синусовый; ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ ПРОВЕДЕНИЕ: Неспецифическая внутрижелудочковая блокада; Нарушения процесса реполяризации в миокарде желудочков: Выраженные нарушения; в миокарде нижне-боковой и передней стенки левого желудочка: з.Т двухфазные и отрицательные в II, III, aVF, V2-V6;

3. Рентгенография общий 11.06.2025

Описание: Снимки выполнены в вынужденном положении пациента.

На рентгенограмме правой стопы в прямой и боковой проекциях явных костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено. Отмечается деформация костей. Суставные поверхности не ровные, четкие, без эрозий. Прозрачность костных структур выражено повышена с многочисленными кистовидными просветлениями. Отмечается умеренный субхондральный остеосклероз. Суставные щели равномерные, не сужены.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ рентгенологических данных за костно-травматические и деструктивные изменения не выявлено.;

4. Видео-ЭЭГ мониторинг 11.06.2025

Описание: Параметры записи: Исследование проводилось в течение 1 часа в состоянии бодрствования с выполнением функциональных проб. Запись осуществлялась на системе видео-ЭЭГ мониторинга Nicolet. Использовалась международная система наложения электродов «10-20», с применением дополнительных электродов: ЭКГ. Параметры записи: чувствительность 7-10 мкВ, фильтр высоких частот 70 Гц, фильтр низких частот 0,5-1 Гц. Применяемые монтажи: Биполярный классический, «Double banana», Поперечный, Усредненный, Монопольный.

ЭЭГ в состоянии бодрствования:

Основной ритм представлен регулярным, устойчивым, удовлетворительно и слабо модулированным

альфа-ритмом, частотой 9-10 Гц, амплитудой до 80 мкВ, регистрирующимся в затылочных отделах, с распространением на задневисочные и теменные отделы полушарий. Зональные различия выражены отчётливо. Иногда в лобно-центральных отделах отмечались короткие (менее 1 секунды) вспышки альфа-бета-диапазона, частотой 11-17 Гц, амплитудой до 90 мкВ.

Бета-активность не усилена, преобладает по передним и височным отделам, частотой 14-30 Гц, амплитудой до 20 мкВ, часто маскируется миографическими артефактами.

Медленноволновая активность представлена диффузно, невысоким индексом, преимущественно волнами тета-диапазона, по амплитуде не превышающими основной ритм.

Функциональные пробы:

Проба с открыванием-закрыванием глаз: реакция активации выражена отчётливо.

При проведении ритмической фотостимуляции с частотой 3, 6, 10, 16, 20, 25, 30 Гц отмечалась реакция усвоения ритма 10 Гц. Фотопароксизмальный ответ не зарегистрирован.

При проведении пробы с гипервентиляцией в течение 3 минут отмечалась умеренная дезорганизация корковой ритмики, с последующим быстрым восстановлением фона после окончания пробы (физиологическая реакция).

Клинические события:

- «Кнопкой пациента» был отмечен эпизод вздрагивания на фоне внезапного резкого звука. Иктальными ЭЭГ-паттернами данное событие не сопровождалось, с учётом видео-электроэнцефалографических данных, его стоит расценивать в рамках неэпилептических движений.; Заключение: • Частота основной активности в пределах возрастной нормы.

- Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики.
- Сон не был достигнут.
- За время длительного мониторингирования эпилептиформная активность, эпилептические приступы и их ЭЭГ-паттерны не зарегистрированы.;

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ

Биохимические исследования крови (плазма ЭДТА) (Кровь венозная)	Ед/изм	Долж.зн.	11.06.2025	16.06.2025
Аммиак	мкмоль/л	11 - 35	15.2	21.9
Лактат	ммоль/л	0.5 - 2.2	2.7	2.79
Биохимические исследования крови (сыворотка) (Кровь венозная)	Ед/изм	Долж.зн.	11.06.2025	
АЛТ	Ед/л	0 - 40	15	
АСТ	Ед/л	0 - 42	20	
Белок общий	г/л	60 - 80	77	
Билирубин общий	мкмоль/л	3.7 - 20.5	11.5	
Билирубин прямой	мкмоль/л	0 - 5.1	3.8	
ГГТ	Ед/л	5 - 35	10	
Глюкоза	ммоль/л	3.3 - 5.5	4.53	
Железо	мкмоль/л	9.3 - 23.6	23.2	
Калий	ммоль/л	3.4 - 5	4.49	
Кальций	ммоль/л	2.1 - 2.55	2.54	
Креатинин	мкмоль/л	27 - 62	39	
Креатинкиназа	Ед/л	25 - 194	68	
ЛДГ	Ед/л	91 - 295	180	
Мочевая кислота	мкмоль/л	262 - 452	244	
Мочевина	ммоль/л	2.5 - 7.1	5.8	
Натрий	ммоль/л	134 - 145	143	
Фосфор неорганический	ммоль/л	1.25 - 1.78	1.96	

Хлориды	ммоль/л	96 - 110	103
Холестерин общий	ммоль/л	3.3 - 6.5	3.05
Щелочная фосфатаза	Ед/л	60 - 500	153
Гемостаз (Кровь венозная)	Ед/изм	Долж.зн.	11.06.2025
АЧТВ	сек	33.9 - 46.1	40.2
МНО	безразм. ед.	0.97 - 1.3	1.03
Протромбин по Квику	%	70 - 120	95
Протромбиновое время	сек	14 - 16	13.4
Тромбиновое время	сек	14 - 21	19.5
Фибриноген	г/л	2.12 - 4.33	2.6
Иммуногематология (Кровь венозная)	Ед/изм	Долж.зн.	11.06.2025
Kell-антиген		-	Kell(+) ПОЛОЖИТЕЛЬНЫ
Антиген С эритроцитов		-	+ (ОБНАРУЖЕНО)
Антиген с эритроцитов		-	+ (ОБНАРУЖЕНО)
Антиген е эритроцитов		-	+ (ОБНАРУЖЕНО)
Антиген Е эритроцитов		-	- (не обнаружено)
Группа крови		-	A(II)
Резус-фактор		-	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ
Клинический анализ крови (Кровь венозная)	Ед/изм	Долж.зн.	11.06.2025
МСН (Сред. содер. гемоглобина в 1 эритроците)	пг	25 - 35	27.7
МСНС (Сред. конц. гемоглобина в эритроцитах)	г/л	320 - 353	330
MCV (Средний объем эритроцита)	фл	78 - 100	84.1
RDW-CV (CV размера эритроцитов)	%	12 - 15	13
Базофилы	10 ⁹ /л	0.04 - 0.2	0.03
Базофилы %	%	0 - 0.5	0.4
Гематокрит	%	37 - 49	44.7
Гемоглобин	г/л	120 - 160	148
Лейкоциты	10 ⁹ /л	4.5 - 11.5	7.38
Лимфоциты	10 ⁹ /л	1.5 - 6.5	3.33
Лимфоциты %	%	30 - 45	45.2
Моноциты	10 ⁹ /л	0.38 - 1.26	0.67
Моноциты %	%	3 - 9	9.1
Незрелые гранулоциты	10 ⁹ /л	0 - 0.05	0
Незрелые гранулоциты %	%	0 - 1	0
Нейтрофилы	10 ⁹ /л	1.1 - 9.9	3.17
Нейтрофилы %	%	43 - 65	42.8
СОЭ (анализатор Тест1)	мм/час	2 - 20	6
Тромбоциты	10 ⁹ /л	150 - 450	377
Эозинофилы	10 ⁹ /л	0.1 - 0.6	0.18
Эозинофилы %	%	1 - 5	2.5
Эритроциты	10 ¹² /л	4.5 - 5.3	5.32

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ



1. ЛФК Цезарик В.А.

10.06.2025. ;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Ребенок спокойный

тремора нет

телосложение пропорциональное

поза симметричная

кожа чистая от инфекционной сыпи

Тонус мышц верхних конечностей повышен по спастическому типу

Тонус мышц нижних конечностей повышен по спастическому типу

Поворот головы в обе стороны

Движения в плечевых/ локтевых/лучезапястных/тазобедренных/коленных/голеностопных суставах ограничены из-за тонусных нарушений. Контрактуры локтевых, коленных суставов

При пальпации мышцы развиты удовлетворительно

Вертикализация не оценивалась в связи с болезненностью в области г/с сустава справа

Навыки: Самостоятельно садится, сидит на краю стула, кушетки, свесив ноги. Ось позвоночника отклонена вправо. (сколиоз) переворачивается со спины на живот и обратно. Встаёт у опоры на высокие колени. Стоит поставленный с поддержкой за подмышечные впадины, делает несколько шагов с поддержкой, с тростью-крабом. Опора на всю стопу, внутренняя ротация бедра, больше слева. (со слов мамы)

Добровольное информированное согласие получено.;

РЕКОМЕНДАЦИИ: Цель реабилитации: стабилизация оси, увеличение объёма движений в суставах, обучение родителей

Базовые методы (постуральный менеджмент): Прикладная кинезотерапия: аккуратно с правым г/с суставом, стимуляция аутохтонной мускулатуры, змейка с опорой на стопу с контролем оси по возможности, разработка объёма движений в конечностях, лг при нарушении осанки, фрп 1 (ноги на мяче/подставке), аккуратная работа со стопами, обучение мамы

Дополнительные методы: массаж спины, верхних конечностей, ч/д спины и нижних конечностей

2. Физиотерапевт врач высшей категории Вегера А.М.

Физио (99-2) 10.06.2025. ;

РЕКОМЕНДАЦИИ: С целью улучшения микроциркуляции и трофики тканей, коррекции мышечного тонуса назначено:

-курс магнитотерапии на стопы и г/с,

-курс терапии электростатическим полем на спину и н/к щадяще,

-курс энтеральной оксигенотерапии.;

3. Офтальмология врач высшей категории Михайлова Н.В.(91) 11.06.2025.

Dev:

Подбор новых очков: OD sph cyl ax

OS sph cyl ax

Движения глазных яблок: в полном объеме

Конвергенция: удовлетворительная

Характер зрения: бинокулярный

Положение век: не изменено

Отделяемое: нет

Радужка: не изменена

Хрусталик: прозрачный

Стекловидное тело: структура не изменена

Глазное дно ДЗН: бледно-розовые, границы четкие

Вены: ход и калибр не изменен

Артерии: ход и калибр не изменен

Соотношение артерии вены: 1/1,7

Макулярная

область: структура не изменена

Макулярный рефлекс: выражен МЗ

Фовеолярный рефлекс: выражен

Средняя периферия, периферия: без патологии

Заключение: патологических изменений на глазном дне не выявлено

Рекомендации: наблюдение в динамике

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Режим- общий, Диета- стол № 15 школьный

- Холекальциферол (водный р-р вит Д3) 500 МЕ в 1 капл - 4 капл 1 раз в день после еды

Реабилитация:

- Прикладная кинезотерапия: аккуратно с правым г/с суставом, стимуляция аутохтонной мускулатуры, змейка с опорой на стопу с контролем оси по возможности, разработка объёма движений в конечностях, лг при нарушении осанки, фрп 1 (ноги на мяче/подставке), аккуратная работа со стопами, обучение мамы

- Массаж спины, верхних конечностей, ч/д спины и нижних конечностей

- курс магнитотерапии на стопы и г/с,

- курс терапии электростатическим полем на спину и н/к щадяще,

- курс энтеральной оксигенотерапии.

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Ребёнок госпитализирован в отделение психоневрологии повторно с диагнозом «Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFSC III. MACS II.» (G80.1) для выполнения квоты по ВМП в соответствии с постановлением Правительства РФ N 1940 от 27.12.2024 г. (вид ВМП-ОМС 12.00.42.001, для проведения комплексного лечения с применением методов физиотерапии (в том числе сочетанных методик криоэлектроимпульсной терапии, стимуляционных токов в движении, основанных на принципе биологической обратной связи), кинезотерапии, механотерапии под контролем комплекса нейровизуализационных и нейрофункциональных методов обследования.

За время пребывания в стационаре состояние ребенка оставалось стабильным.

В анамнезе у ребенка имеет место эпизоды вялости и рвот в утренние часы, проходящие после отпаивания сладкой водой, что требует проведения дифференциальной диагностики с сопутствующим гликогенозом.

Лабораторно: в клиническом анализе крови остро-воспалительных изменений нет, СОЭ 6 мм/ч. В биохимическом анализе крови цитолиза, нарушение билирубинового обмена нет, белково-синтетическая функция печени сохранна. В системе гемостаза гипо-, гиперкоагуляций нет. Аммиак 15,2 мкмоль/л, лактат 2,7 ммоль/л. Однако учитывая сохраняющиеся приступы с вялостью и рвотой в утренние часы, необходимо динамическое наблюдение, ведение дневника кризов, строгое измерение уровня глюкозы в крови натошак во время приступа, по результату дневника в следующую госпитализацию необходима консультация генетика.

По данным проведенной рентгенографии тазобедренных суставов с целью динамического наблюдения отмечаются рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон, подвывих справа, латерализация бедренных костей.

По данным проведенной рентгенографии стоп с функциональной нагрузкой с целью динамического наблюдения: рентгенологических данных за костно-травматические и деструктивные изменения не выявлено.

С целью выявления противопоказаний к реабилитационному лечению проведен Видео-ЭЭГ мониторинг: Частота основной активности в пределах возрастной нормы. Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики. Сон не был достигнут. За время длительного мониторингирования эпилептиформная активность, эпилептические приступы и их ЭЭГ-паттерны не зарегистрированы.

Проконсультирована офтальмологом, патологических изменений на глазном дне не

выявлено,

рекомендовано наблюдение в динамике.

Для определения объема реабилитационных мероприятий проведены консультации врача ЛФК, физиотерапевта, проведен курс восстановительного лечения в полном объеме. Переносимость процедур удовлетворительная.

Выписывается домой в стабильном состоянии под наблюдение профильных специалистов по месту жительства.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Наблюдение невролога, педиатра, офтальмолога, ортопеда по месту жительства.

- Холекальциферол 1500 МЕ внутрь каждый день в утренние часы, корректировка дозы в зависимости от концентрации витамина Д врачом-педиатром по месту жительства;
- Магния лактата дигидрат + пиридоксина гидрохлорид (Магне В6) по 1 таб 1 раз в день, запивая водой - 2 недели - 2 мес перерыв - курс повторить.

ВНИМАНИЕ! Ребенок угрожаем по развитию метаболического криза (вялость, сонливость, тошнота, рвота, отказ от еды, питья)

- Избегать провокаторов кризов - инфекции, физическое переутомление, длительное голодание (> 8 часов), стресс – начать введение углеводов (5–10% раствор глюкозы внутрь), Обильное питье (при отсутствии противопоказаний), при выраженных симптомах — госпитализация в стационар.

При развитии метаболического криза (вялость, сонливость, тошнота, рвота, отказ от еды, питья) проведение исследования КЩС, уровня глюкозы с дальнейшей коррекцией гипогликемии и посиндромной терапией.

1. Контроль глюкозы в крови в домашних условиях. Учитывая необходимость в контроле и коррекции уровня глюкозы в крови, ребенок нуждается в наличии домашнего портативного глюкометра.

2. При стабильном снижении уровня глюкозы ниже 3 ммоль/л- рекомендована консультация генетика, эндокринолога и невролога

Вести дневник кризовых состояний с описанием клиники, длительности, чем купировалось и уровня глюкозы в крови.

Необходима консультация генетика (с результатами дневника кризовых состояний) в следующую госпитализацию.

- Повторный курс ботулинотерапии через 4-5 месяцев. Противопоказано проведение теплолечения (парафиновые, озокеритовые аппликации) на конечности в течение 2 нед после ботулинотерапии;

- Систематические коррекционно-педагогические занятия с дефектологом

- Занятия с логопедом по развитию артикуляционной моторики, формированию диафрагмального дыхания, плавности и мелодичности речи, постановке и автоматизации звуков, распространению фразы, развитию фонематического восприятия и связной речи ребенка.

- Контроль ЭЭГ с записью сна - 1 раз в 6 месяцев.

- Осмотр офтальмолога 1 раз в 12 мес.

- Рентген-контроль тазо-бедренных суставов через 6 месяцев.

- Продление пособия по инвалидности по месту жительства.
- Повторная госпитализация в отделение психоневрологии и психосоматической патологии ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" МЗ РФ по вызову института.

Контактов с инфекциями не было

ЭЭД: 0,06 мЗв

Врач

- Скроготунова А.А.

Куратор

Лялина А.А.(53)

Руководитель отделения

Д.Мед., профессор - Кузенкова Л.М.

