

ГБУЗ НО
«Детская городская клиническая больница № 1»
тел/факс 464-10-69 проспект Гагарина д. 76 г. Н. Новгород 603081

Выписка из истории болезни №1884.

Платков Дмитрий, 8 мес. (д.р. 21.10.16г.), находился в отделении неврологии Детской городской клинической больницы №1 с 5.07.17г. по 19. 07.17г с диагнозом:

Детский церебральный паралич вследствие тяжелого перинатального гипоксического поражения головного мозга, спастический тетрапарез, задержка психо-предречевого развития, GMFCS 5

Вторичный дефект межпредсердной перегородки, незначительный стеноз легочной артерии, диагональная трабекула полости левого желудочка.

Поступил планово на курс восстановительного лечения с жалобами на задержку развития. Перинатальный анамнез отягощен. Беременность на фоне инсулинзависимого СД. Ребенок от преждевременных родов на 30-31 неделе беременности. Вес при рождении 1500. Оценка по Апгар 7/8 баллов. С рождения ИВЛ. На четвертые сутки переведен в ДОБ, где находился с Дз: СДР, недоношенность 31 недели. ППЦНС.

Предыдущий курс стационарного лечения в 05.17г.

Ранее проведенное обследование:

КТ головного мозга от 2.12.16г. картина выраженного гипоксически-ишемического поражения головного мозга в виде перивентрикулярной лейкомаляции с развитием заместительной гидроцефалии.

ЭЭГ от 3.05.17г. исследование во время дремы, регистрируется медленная активность тета-диапазона частотой 4,44 Гц, амплитудой до 59 мкВ по задним отделам головного мозга. По передним отделам амплитудой до 31 мкВ.

Зональные различия прослеживаются.

Эпилептиiformная активность во время исследования не зарегистрирована.

НСГ от 2.05.17г. признаки симметричной смешанной гидроцефалии с преобладанием внутреннего компонента.

ЭКГ от 2.05.17г. ритм синусовый, нормальное положение ЭОС.

Офтальмолог от 3.05.17г. на глазном дне ДЗН справа - бледно-розовый, слева – немного деколорированы границы четкие, а:в=2:3, патологические очаги не выявлены. Не исключен частичный атрофический процесс в ДЗН левого глаза.

В неврологическом статусе: О.гол. 42 см, О.гр. 44 см, Б.Р. 1*1 см. Голову удерживает плохо, запрокидывает. ЧМИ — не нарушена. Взгляд фиксирует, прослеживает. Гулит мало. Оживлены оральные автоматизмы. В направлении к игрушке ручку не протягивает, ног, стопах. Сухожильные рефлексы оживлены, с рук симметричные, с ног выше справа. Опора на дистальные отделы стоп.

Обследование:

ОАК амб. от 26.06.17г. Нб 117 г/л, эр. $4,24 \cdot 10^{12}$ /л, тромб. $292 \cdot 10^9$ /л, Лей. $7,7 \cdot 10^9$ /л, нейт. 18,6%, м 6,3%, л 75,1%, СОЭ 3 мм/ч.

от 17.07.17г. Нб 128 г/л, эр. $4,15 \cdot 10^{12}$ /л, тромб. $313 \cdot 10^9$ /л, Лей. $8,44 \cdot 10^9$ /л, нейт. 14,2%, м 7,6%, л 75%, эо 3,1%, базо 0,1% СОЭ 4мм/ч.

Общий анализ мочи амб. от 26.06.17г. белок отр., микроскопия без патологии.

От 17.07.: без патологии.

Кал на яйца глист, соскоб на энтеробиоз амб. от 26.06.17г. отр.

Кал на дизгруппу отр.

УЗИ сердца 6.07.17г. признаки вторичного дефекта межпредсердной перегородки, незначительного стеноза легочной артерии, диагональной трабекулы полости левого желудочка.

.ЭЭД 24мзв.

На фоне лечения стал лучше подтягивать голову при тракции за руки, несколько снизился тонус мышц.в

Лечение: в/м глиатилин, внутрь мидокалм, массаж, ЛФК.

Остальном без динамики.

Рекомендации:

- 1.Наблюдение невролога, педиатра.
2. в лечении – продолжить мидокалм 50 мг по $\frac{1}{4}$ таб. 3 раза в день 1 месяц, ректально свечи корилип по $\frac{1}{2}$ св. 1 раз в день 10 дней каждого месяца 3 месяца,
3. ЛФК, развивающие занятия постоянно.
4. плановая госпитализация в отделение неврологии ДГКБ №1 через 1-1,5 месяца.
Для госпитализации – ОАК, ОАМ, кал на яйца глист, соскоб на энтеробиоз, кал на дизгруппу. Мама – ФЛГ, RW, кал на дизгруппу.
Тел. отделения 465-20-19, госпитализация при наличии справки об отсутствии инфекций.
Целесообразно направление на МСЭК для решения вопроса об оформлении инвалидности.

В контакте с инфекциями не был.

леч.врач: Румянцева И.Г.
19.05.17г.

ФЛГ31.10.2016 без патологии.

зав.отделением: Карапшина Н.В.

ГБУЗ НО
«Детская городская клиническая больница № 1»
тел/факс 464-10-69 проспект Гагарина д. 76 г. Н. Новгород 603081

Выписка из истории болезни №1191.

Платков Дмитрий, 6 мес. (д.р. 21.10.16г.), находился в отделении неврологии Детской городской клинической больницы №1 с 28.04.17г. по 19.05.17г. с диагнозом:

Последствие перинатального гипоксического поражения головного мозга, синдром двигательных нарушений (спастический тетрапарез), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

МАРС (ООО, диагональная трабекула в полости левого желудочка).

Деформация желчного пузыря с холестазом.

Переведен из больницы №8, где находился с Дз: Коклюш, тяжелое течение, с жалобами на периодическое беспокойство, задержку развития.

Поступил экстренно в связи с развитием состояния – перед засыпанием, отмечалась остановка взора, глаза открыты, гипотония, на окружающее не реагировал около минуты. Затем был вяловат.

Перинатальный анамнез отягощен. Беременность на фоне инсулинзависимого СД. Ребенок от преждевременных родов на 30-31 неделе беременности. Вес при рождении 1500. Оценка по Апгар 7/8 баллов. С рождения ИВЛ. На четвертые сутки переведен в ДОБ, где находился с Дз: СДР, недоношенность 31 недели. ППЦНС.

В неврологическом статусе: О.гол. 42 см, О.гр. 43 см, Б.Р. 1*1 см. При осмотре возбужден. Голову удерживает плохо, запрокидывает. ЧМИ — не нарушена. Взгляд фиксирует, прослеживает. Гулит мало. В направлении к игрушке ручку не протягивает, вложенную быстро теряет. Мишечный тонус повышен в сгибателях рук, разгибателях ног, стопах. Сухожильные рефлексы оживлены, с рук симметричные, с ног выше справа. Опора снижена.

Обследование:

ОАК от 4.05.17г. Нб 113 г/л, эр. $4,18 \cdot 10^{12}$ /л, тромб. $322 \cdot 10^9$ /л, Лей. $8,04 \cdot 10^9$ /л, нейт. 18%, эоз. 4,5%, м 14,4%, л 62,6%, баз. 0,5%, СОЭ 8 мм/ч.

ОАК от 11.05.17г. Нб 122 г/л, эр. $4,36 \cdot 10^{12}$ /л, тромб. $275 \cdot 10^9$ /л, Лей. $9,47 \cdot 10^9$ /л, нейт. 19,2%, эоз. 4,2%, м 9,3%, л 66,3%, баз. 1,0%, СОЭ 5 мм/ч.

Биохимия крови от 2.05.17г. АЛТ 0,90 мккат/л, АСТ 0,83 мккат/л.

Общий анализ мочи от 11.05.17г. белок отр., микроскопия без патологии.

ЭЭГ от 3.05.17г. исследование во время дремы, регистрируется медленная активность тета-диапазона частотой 4,44 Гц, амплитудой до 59 мкВ по задним отделам головного мозга. По передним отделам амплитудой до 31 мкВ.

Зональные различия прослеживаются.

Эпилептиформная активность во время исследования не зарегистрирована.

НСГ от 2.05.17г. признаки симметричной смешанной гидроцефалии с преобладанием внутреннего компонента.

ЭКГ от 2.05.17г. ритм синусовый, нормальное положение ЭОС.

Офтальмолог от 3.05.17г. на глазном дне ДЗН справа - бледно-розовый, слева – немного деколорированы границы четкие, а:в=2:3, патологические очаги не выявлены. Не исключен частичный атрофический процесс в ДЗН левого глаза.

ЛОР-осмотр от 5.05.17г. ЛОР-патологии нет.

Лечение: в/м корtekсин, пиранетам внутрь глицин, мидокалм, массаж, ЛФК.

На фоне лечения – чуть ниже тонус в конечностях, спокойнее, начал переворачиваться.

Рекомендации:

1. Наблюдение невролога, педиатра.
2. в лечении – продолжить мидокалм 50 мг по ¼ таб. 3 раза в день 1 месяц, ректально свечи корилип по ½ св. 1 раз в день 10 дней каждого месяца 3 месяца,
3. ЛФК, развивающие занятия постоянно.
4. плановая госпитализация в отделение неврологии ДГКБ №1 через 1-1,5 месяца.
Для госпитализации – ОАК, ОАМ, кал на яйца глист, соскоб на энтеробиоз, кал на дизгруппу. Мама – ФЛГ, RW, кал на дизгруппу.
Тел. отделения 465-20-19, госпитализация при наличии справки об отсутствии инфекций.

В контакте с инфекциями не был.

леч.врач: Румянцева И.Р.
19.05.17г.

зав.отделением: Караптина Н.В.



Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Нижегородской области
"Детская городская
клиническая больница №1
Приокского района г.Нижнего Новгорода"

ГБУЗ НО
«Детская городская клиническая больница № 1»

тел/факс 464-10-69

проспект Гагарина д. 76 г. Н. Новгород 603081

Выписка из истории болезни № 600-4

Платков Дмитрий, 4 мес (ДР 21.10.2016г), находился в отделении неврологии Детской городской клинической больницы №1 с 01.03. по 21.03.18. с диагнозом:

Симптоматическая эпилепсия с серийными флексорными эпилептическими спазмами. спазмами.

Детский церебральный паралич, двойная гемиплегия, псевдобульбарный синдром.GMFCSIV

Косоглазие сходящееся, альтернирующее первичное.

Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Дефект межпредсердной перегородки по типу открытого овального окна, диагональная трабекула полости левого желудочка, НМК 1 ст.

Фиксированный перегиб нижней трети желчного пузыря
ОРВИ.

Обменная нефропатия.

Жалобы: поступил с жалобами на флексорные спазмы в сериалах по 3-4 серии в день от 5 до 32 приступов в серии, после пробуждения.

Анамнез: Ребенок родился недоношенным в 31 неделю после ДТП. Находился в отделении новорожденных в ОДБ. В 6мес. перенёс тяжелую форму коклюша, госпитализирован в ОРИТ, затем в неврологическое отделение. Диагноз ДЦП поставлен в 8мес.

ВИДЕО ЭЭГ от 8.02.18: диффузная эпилептическая активность. Во время записи зарегистрированы флексорные асимметричные спазмы в течение 1 сек.

Регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность:

1. в левой затылочно- теменно- задневисочной области (O1-P5-T5) в структуре регионального замедления в той же области (доминирует) с реверсией фаз P3 и T5.
2. в левой лобно- центральной области (F3-C3) с распространением на вертексные отделы в структуре продолженного регионального дельта- замедления.
3. в правой лобно-височной области (F4-F8-T4).

Эпилептиформная активность представлена комплексами острая- медленная волна, пик- медленная волна, дабл- и полипик-пик- медленная волна, амплитудой от 150 до 350 мкВ с тенденцией к распространению на близлежащие регионы и к диффузному распространению. Регистрируется высоким индексом.

Функциональные пробы. Проба с ритмической фотостимуляцией проводилась частотами 3-27Гц.

При проведении пробы ФТС значимых изменений корковой ритмики не отмечалось.

Экстензорный приступ с откидыванием головы и туловища назад зарегистрирован при проведении частотой 15 Гц.

ЭЭГ сна практически не дифференцируется от записи бодрствования, физиологические паттерны сна зарегистрированы низким индексом и представлены единичными нестойкими веретёнами сна по передним отделам полушарий.

О наступлении сна можно судить по нарастанию амплитуды биопотенциалов до 500мкВ и представленности диффузной эпилептиформной активности, подобной описанной в состоянии бодрствования с нарастанием степени её синхронизации (картина модифицированной гипмритмии).

Участки записи, практически свободные от эпилептиформной активности выражены незначительно и чередуются с эпохами продолженной эпилептиформной активности с индексом до 80% от записи.

Клинически значимые события:

В состоянии активного бодрствования после сна зарегистрированы серийные (более 15) эпилептические приступы:

флексорные тонические асимметричные спазмы, характеризовавшиеся коротким (около 1 секунды) внезапным тоническим сокращением аксиальной мускулатуры с отведением головы и туловища влево, приподниманием плечевого пояса, с отведением левой руки в сторону, приподниманием ног, окулотоническим компонентом.

Экстензорный приступ с откидыванием головы и туловища назад зарегистрирован при проведении частотой 15 Гц.

В ЭЭГ приступы характеризовались паттерном диффузного электродекремента в сочетании с быстрой ритмической активностью (fast activity).

на инвалидности.

КТ 17.07.2018 картина умеренной симметричной внутренней неоклюзионной гидроцефалии.

В неврологическом статусе: Состояние по заболеванию тяжелое. В неврологическом статусе спастический терапарез преобладанием в руках. Во время осмотра частые (не меньше 5) флексорные спазмы. В сознании, улыбается, периодически сходящиеся косоглазие, горизонтальный нистагм. В АШТР. Голову не держит. В положении на животе кратковременно поднимает голову и плечевой пояс. Игрушки активно не берет. Менингеальный синдром (с-м Кернига, с-м Бехтерева, ригидность затылочных мышц) отрицательный. Зрачки D=S, фотопреакция жиг движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Лицо симметричное, язык по средней линии, мало подвижный, утолщен, затруднено глотание. Периодически слюнотечение. С 45 см. Бр закрыт. Много лепечет. Улыбается при общении.

Обследование:

02.03.18 Общий анализ крови: НГВ 130 г/л, Ле 8,17 г/л, Эр 4,82 т/л, Тр 307, с/я 11,4%, л-ф 77,1%, м 7,8%, эо 3,5%, Соэ 7 мм/ч.

14.03.18 Общий анализ крови: НГВ 127 г/л, Ле 16,64 г/л, Эр 4,64 т/л, Тр 319, с/я 60,9%, л-ф 20,9%, м 18%, эо 0,1%, баз 0,1%, Соэ 10 мм/ч.

01.03.18 Электролиты крови: калий – 4 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, хлор – 107 ммоль/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, лактаза – 1,2 ммоль/л.

14.03.18 Электролиты крови: калий – 3,6 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, хлор – 104 ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, лактаза – 2,5 ммоль/л.

01.03.18 Биохимический анализ крови: АЛАТ - 0,5 мккат/л, АСАТ - 0,66 мккат/л, общий билирубин - 5,4 мкмоль/л, холестерин - 3,7 ммоль/л, креатинин 49 ммоль/л, мочевина - 6,4 ммоль/л, глюкоза - 4,81 ммоль/л, белок общ. - 62,9 г/л, альбумин - 43,1 г/л.

14.03.18 Биохимический анализ крови: АЛАТ - 0,73 мккат/л, АСАТ - 0,56 мккат/л, креатинин 60,8 ммоль/л, глюкоза - 4,70 ммоль/л.

02.03.18 Общий анализ мочи: Le 0-1 в п/зрения, оксалаты единичные.

14.03.18 Общий анализ мочи: Le 1-1 в п/зрения, кетоновые тела +, бактерии единичные.

16.03.18 Общий анализ мочи: Le 2-3 в п/зрения, кетоновые тела 0,5 ммоль/л.

02.03.18 Соскоб на энтеробиоз: отрицательный.

05.03.18 Кал на яйца глист: отрицательный.

05.03.18 Кал на диз.группу: отрицательный.

15.03.18 R-графия грудной клетки: легочные поля воздушные; инфильтративных и очаговых изменений не определяется. Справа в проекции I межреберья – тень дисковидного ателектаза. Лёгочный рисунок неравномерно усилен за счёт интерстициального компонента. Правый корень легкого уплотнен, структура его дифференцируется; левый – за тенью средостения. Границы сердца не расширены (КТИ –

47%), по левому контуру его – удлиненные дуги ствола легочной артерии. Диафрагма, синусы без особенностей. ЭЭД – 0,005 мЗв.

02.03.18 УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: эхографические признаки умеренной гепатомегалии, холестаза, фиксированного перегиба нижней трети желчного пузыря, высокой пневматизации кишечника, признаки дисметаболической нефропатии.

02.03.18 ЭЭГ: во время дрёмы, дневного сна: эпилептиформная активность в виде гипсаритмии. По мере углубления сна регистрируется супрессивно-взрывной паттерн: постоянные разряды диффузной эпилептиформной активности сменяются периодами резкого уплощения биоэлектрической активности, длительность межвспышечного интервала до 1,5 секунд.

14.03.18 ЭЭГ: Доминирует тета- активность, частотой 5 ГЦ, с акцентом по задним отделам полушарий D>S.

Регистрируется периодическая региональная эпилептиформная активность: в левой центрально-теменно-задневисочной области (реверсия фаз Р3и Т5) в структуре продолженного дельта-замедления в этих же отделах.

Эпилептиформная активность представлена комплексами острая- медленная волна, пик- медленная волна амплитудой от 150 до 250 мкВ с тенденцией к распространению на лобные отведения унилатерально.

Независимо эпилептиформная активность зарегистрирована в правой лобно-передневисочной области (F4 – F8).

06.03.18 ЭХОКГ: признаки дефекта межпредсердной перегородки по типу открытого овального окна, диагональной трабекулы полости левого желудочка, НМК 1 ст.

02.03.18 ЭКГ: ритм синусовый регулярный, горизонтальное положение эос. Повышение потенциалов левого желудочка. ЧСС 119 в минуту.

14.03.18 ЭКГ: синусовая тахикардия на фоне повышения температуры тела. ЧСС 139 в минуту. Нормальное положение ЭОС. Перегрузка правого желудочка.

05.03.18 Офтальмолог: Косоглазие сходящееся, альтернирующее первичное. Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

14.03.18 ЛОР: Ds: ОРВИ.

нефролог: 21.03. обменная нефропатия.

ОАМ 1 раз в 3 месяца, канефрон по 15 капель 3 раза в день 1 месяц, затем 2 месяца пеерыв, затем витамин В6 1 мг 2 раза в день 1 есяц, наблюдение нефролога КДЦ, суточная моча на биохимию при установлении контроля за мочеиспускание.

Лечение: в/м дексаметазон 3 мг с 05.03 по 13.03. по 13.03. внутрь: конвулекс, аспаркам, аугментин с 15.03 по 20.03., ингаляции с NaCl.

Рекомендации:

1. Наблюдение невролога, нефролога, педиатра, кардиолога, эпилептолога (ул Терешкова 5, т.2827601).амбулаторно.
2. ЭЭГ повторить через 2 мес.
- 3.Контроль крови общий анализ +тромбоциты, АСАТ, АЛАТ, общий билирубин, амилаза через 1,5 месяц приёма, затем 1 раз в 6 месяцев. УЗИ ОБП через 6 месяцев.
3. курсы гепатопротекторов 2 раза в год по 1 месяцу (урсосан 1/3 капс 1 раз в день на ночь).
- 4.вальпроевая кислота (конвулекс капли) в СД 280 мг 9 капель 3 раза в день, через 5 дней по 11 капель 3 раза в день СД 330 мг 30 мг/кг массы тела.
постоянно длительно после еды, по показаниям повышение дозы препарата.
5. элькар по 5 капель 2 раза в день через 1-2 месяца
5. лекарственный мониторинг вальпроевой кислоты через 1 месяц 1 раз утром до приёма.
8. осмотр невролога эпилептолога через 2 месяца и по показаниям.
9. консультация кардиолога.

В контакте с инфекционными больными не был.

Леч. Врач Конурина ОВ.

Зав. Отд. Карапшина НВ.

23.03.2018

РВ отрицат.

ФЛГ без патологии.

Масса тела 12000г

*Приемное приложение в отчете
зарегистрировано*



*Проверено Риаурико Чуриной Ильиной
сергей 1 сезона. (отделение
дисковидной)*