



Центр восстановительного лечения « Академик».
Лицензия № ЛО-77-01-01 2729 от 25.07.2016года.
Москва . Протопоповский переулок, д.17 стр.3.
Тел.+7 499 705 1234 ; +7 495-89-29

Выписной эпикриз.

Ф.И.О. Белоусов Денис Викторович.

Дата рождения: 14.11.2007 года.

Проведен курс лечения с 21.05.2018 по 01.06.2018 года.

Диагноз: Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. Постгипоксические поражения мозга, заместительная внутренняя гидроцефалия. Симптоматическая фокальная эпилепсия. Поражение проводящих путей зрительного анализатора. Спастическая нестабильность тазобедренных суставов. Задержка психомоторного развития.

Жалобы: на задержку в психомоторном развитии.

Из анамнеза. Ребенок от 5 беременности протекавшей на фоне ФПН, угрозы прерывания. Роды в 32 недели, по Апгар 3-3 балла, вес при рождении 1950гр. Состояние ребенка после рождения тяжелое, ИВЛ 4 суток, переведен в отделение выхаживания новорожденных, где находился месяц с диагнозом: Гипоксически- ишемическое поражение ЦНС, синдром угнетения. Недоношенность 1 степени. С 7 месяцев судорожные состояния. С введением суксилепа у ребенка ремиссия. В настоящее время принимает: Депакин хроносфера 1000мг/ сутки, суксилеп 500 мг/ сутки. Учитывая низкие показатели фармакомониторинга на вальпроовую кислоту и повышение трансаминаз, рекомендовано отменить депакин хроносферу.

Объективно: Менингеальных и общемозговых симптомов нет. ЧМН - глазные щели равные, движения глазных яблок в полном объеме, расходящееся косоглазие. Лицевая мускулатура симметрична. Выражены рефлексы орального автоматизма. Мышечный тонус высокий больше в руках. Пронаторная установка рук. Тугоподвижность в локтевом и лучезапястном суставах справа. Активнее левая рука. Сухожильные рефлексы высокие D>S, с расширенной зоны. Формирование кифосколиотической осанки. Патологические стопные рефлексы с двух сторон. Клонусы со стоп. Опора на переднюю часть стопы. Выражены тонические рефлексы. Положителен Хамстринг синдром с 2х сторон, формирование сгибательных контрактур коленных суставов. Тугоподвижность в коленных суставах.

Обследование.

Осмотр окулиста: 25.05.2018 года.

DS: OU - астигматизм смешанный, спазм аккомодации. Косоглазие расходящееся постоянное альтернирующее, с вертикальным компонентом. Органическое поражение проводящих путей зрительного анализатора. Нистагм периодический.

Глазное дно: Диск зрительного нерва бледный, границы четкие, экскавация физиологическая., рефлексы макулярной зоны сохранены, сформированы. Сосуды в ходе и калибре не изменены, артерии умеренно сужены. Периферия без особенностей.

Проведена авторефрактометрия. OD Sph +2.0 cyl- 3.25 ax 171

OS Sph +1.5 cyl-2.5 ax167

ВидеоЭЭГмониторинг 21.05.2018 года.

Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Замедление основных ритмов бодрствования, до 7-8Гц.

По ходу сна и бодрствования регистрируется патологическая активность:

- региональное замедление в теменно-затылочных отведениях.
- региональная эпилептиформная активность в структуре замедления в правой затылочной области.
- региональная эпилептиформная активность в структуре замедления в левой затылочной области с образованием биокципитальных разрядов,
- биокципитальные разряды синхронные и асинхронные разряды.

Индекс эпилептиформной активности в бодрствовании до 50%. Во сне отмечается увеличение индекса эпилептиформной активности описанной в состоянии бодрствования до 80%. В сравнении с предыдущим исследованием отмечается положительная динамика в виде отсутствия приступов и уменьшения индекса региональной эпилептиформной активности.

Фармакомониторинг вальпроевой кислоты 41мкг/мл 1 проба.

Лечение.

Общий склеромерный массаж.

ЛФК

Проведен нейротрофический курс с ретиналамином.

Занятия с логопедом дефектологом.

Механотерапия на платформе Galileo.

Кинезотейпирование.

Рекомендации:

1. Наблюдение невролога, эпилептолога, по месту жительства.
2. Регулярное проведение ЛФК.
3. Парафиновые аппликации на ноги (подколенная область) №10 с последующей разработкой.
4. Медотвод от прививок до декабря 2018 года.
5. Постоянный прием противосудорожных препаратов суксилеп 750 мг/сутки, ввести кеппру с постепенным титрованием дозы до 1200мг/сутки. В связи с низким фармакомониторингом рекомендовано отменить депакин хроносферу и через 3 месяца повторно провести ВЭМ ночь.
6. Постоянно носить аппараты SWASH.

01.06.2018 года.

Врач невролог Молодыхенко Е.С.



Клинические события: <> Не отмечалось.

<> За время исследования эпилептических приступов и их ЭЭГ- паттернов не зарегистрировано.

В сравнении с предыдущим исследованием от 4.12.17г отмечается положительная динамика в виде отсутствия приступов, уменьшения индекса эпилептиформной активности в бодрствовании и во сне.

МРТ (2012г)- описание- асимметричная внутренняя гидроцефалия.

ФМ ВК 1 проба в дозе 700 мг/сут (31.05.16): 55 мкг/мл

ФМ ВК 1 проба в дозе 700 мг/сут (21.03.17): 45 мкг/мл

ФМ ВК 1 проба в дозе 1000 мг/сут (12.17): 70 мкг/мл

ФМ ВК 1-проба в дозе 1000 мг/сут (05.18): 41 мкг/мл

Диагноз: Симптоматическая фокальная эпилепсия, клиническая ремиссия с 05.18г. ДЦП, спастический тетрапарез. Задержка психо- речевого развития.

Рекомендации:

1. В связи с низким фармакомониторингом решено отменить Депакин хроносферу по схеме: 375 мг-у, 500 мг-в 2 недели, 375 мг х 2 р/сут-2 недели, 250 мг-у, 375 мг- в- 2 недели, 250 мг х 2 р/сут- во время еды с 12 ч интервалом между приемами препарата-1 мес. далее контроль ВЭМ. При отсутствии ухудшения на фоне снижения депакина, продолжить отмену по схеме: 125 мг-у, 250 мг- в- 1 мес, 125 мг х 2 р/сут- 1 мес, далее отмена.
2. Суксилеп 0,25 по 1к х 3 р/сут- после или во время еды- длительно. При появлении побочных эффектов на фоне увеличения дозы суксилепа, снизить дозу до 500 мг/сут и ввести в терапию Кепстру.
3. Контроль ВЭМ (бодрствование, сон, фотостимуляция) через 2 недели после снижения дозы депакина хроносферы до 500 мг/сут. После чего решение вопроса по поводу дальнейшей тактики.
4. При неэффективности (или побочных эффектах на фоне увеличения) суксилепа в терапию ввести КЕППРУ по схеме: кеппра раствор для перорального приема 0,5 мл х 2 р/сут- 3 дня, 1 мл х 2 р/сут- 3 дня, 1,5 мл х 2 р/сут- 3 дня, 2 мл х 2р/сут- 3 дня, 2,5 мл х 2 р/сут- 3 дня, 3 мл х 2 р/сут- 3 дня, 3,5 мл х 2 р/сут- 3 дня, 4 мл х 2 р/сут- длительно. При необходимости максимальная доза кепстры 1200 мг/сут (12 мл в сутки)
5. Контроль ВЭМ 1 раз в 3-6 мес при ремиссии
6. ОАК (тромбоциты), Б\х ан крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, мочевины, креатинин) 1 раз в месяц
7. УЗИ органов брюшной полости 1 раз в 6 мес
8. Эссенциале форте 1 капсула х 2 р/д- 1 мес (2-3 курса в год)
9. Повторная консультация невролога-эпилептолога через 3-6 мес с данными ЭЭГ.
10. Исключить физиотерапевтическое лечение с использованием электро- и магнитопроцедур!!!
11. Противопоказаний для проведения ЛФК, дельфинотерапии под руководством инструктора, занятий в бассейне под руководством инструктора со стороны ЦНС на момент осмотра нет.
12. Не рекомендован прием любых ноотропных, сосудистых препаратов.

Невролог – эпилептолог:



Ананьева Т.В.