



Выписной эпикриз

Матюнин Арсений Иванович 26.02.2021 г.р.

Находился на лечении с 06.07.2026г по 31.07.2026г Курс № 3

Диагноз: ДЦП, спастическая диплегия. GMFCS 2 уровень. MACS 2 уровень. CFCS 1 уровень. Спасительность 2 балла по Эшворту. Подвывих правого бедра. Танглия правого голеностопного сустава. Эквиплановальгусные стопы. Субклиническая эпилептиформная активность-ДЭПД 01.2025г.

Жалобы при поступлении: на нарушение мышечного тонуса, походки. Ходит самостоятельно в помещении и на улице, опора на стопу с приведением. По лестнице поднимается и спускается, держась одной рукой за перила или за руку взрослого, трудности с зашагиванием на ступеньку, но в динамике лучше, шире шаг. Не прыгает. Речь фразовая, нарушено звукопроизношение. Цвета и формы дифференцирует. Читает по слогам, счет порядковый со слов до 120. Оформлен в ДОУ, ходит редко, при посещении адаптировался тяжело, плакал. Эмоционально неустойчивый. При отказах – кричит, уходит. Ест сам обеими руками вилкой и ложкой. Одевается и раздевается самостоятельно. Спит нормально, без туторов.

Анамнез жизни: От 1 беременности, протекавшей на фоне УТБ, кровотечения полипа эндометрия. Роды 1 преждевременные на сроке 30 нед. оперативные. Вес при рождении 1480 гр, рост 43 см. По Ангар 7/7 баллов. Из родзала переведен в ОРИП в связи с нарастанием дыхательной недостаточности. ИВЛ 5 суток, далее ИИВЛ через назофарингеальную трубку 3 суток. На 19 сутки переведен в ОЛН с диагнозом: Недоношенность 30 нед. Церебральная депрессия. Врожденная пневмония. ДН 0-1 ст. НЭК, Неонатальная желтуха. Анемия смешанного генеза легкой степени. В возрасте 1,5 месяцев выписан домой. На следующие сутки после выписки мать заметила, что ребенок цианотичный, перестал дышать, бригадой «03», учитывая апноэ до 20 секунд, госпитализирован в ОРИП (ИВЛ 3 суток), апноэ не повторялось. Раннее психомоторное развитие: голову держит с 4 мес., переворачивается с 5 мес, сидит с 1 г 3 мес., ползает на четвереньках с 1 г 2 мес., встал у опоры в 1 г 2 мес, ходит вдоль опоры с 1 г 6 мес, самостоятельно с 2,5 лет. Психо-речевое развитие: с легкой задержкой. С 1 года наблюдается ортопедом – Подвывих головки правой бедренной кости, дислокация головки левой бедренной кости. Двусторонняя Соха valga. Рентгенография ППБС 06.2022 – дисплазия крыши вертлужной впадины ППБС. Двусторонняя соха valga. Подвывих правого и левого бедра. На постоянной основе используют шину Виленского, аппарат S'WOSH. В 1 г 3 мес выставлен диагноз – ДЦП, спастическая диплегия. ЗПРР. Регулярно получает курсы восстановительного лечения. Судорожный синдром: отрицают. Оперативное лечение: не проводилось. Ботулинотерапия: не проводилась. Аллергоанамнез: не отягощен. Инвалидность оформлена. Прививки-индивидуальный график-вактивир 28.01.25г. Далее отказ. Медикаменты-омега, вит Д.

Индивидуальные средства реабилитации: ортопедическая обувь, туторы на нижние конечности.

Реабилитация в НМНЦ ЗД, в 10.25г в «Академии здоровья». Рек-но: локтевые тутора днем, ношение аппаратов на ГСС с шарнирами для ходьбы. Ортез СВОШ, орт обувь В 06.26г – ц. «Родник» в Веселовке

Данные дополнительных методов обследования:

ЭЭГ в м от 14.06.2023 – Частота основной активности не замедлена в сравнении с возрастной нормой. Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики. Сон дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна представлены удовлетворительно. За время исследования эпилептиформной активности, эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов не зарегистрировано.

ЭЭГ рутинная 27.01.2025 – Регистрируется основной корковый ритм, по основным параметрам соответствующий возрастным нормативам. Межполушарной асимметрии не выявлено. При фотостимуляции комплексы по типу ДЭПД в височно-затылочных отведениях, чаще справа. За время проведения ЭЭГ пароксизмальных приступов не наблюдалось.

МРП гм от 06.06.2022 – МР-картина перивентрикулярной лейкопатии; незначительное расширение наружных и внутренних ликворных пространств, гипоплазии корпуса мозолистого тела.

МРП гм 23.01.2023 (переописание предыдущего исследования) – МР-картина перивентрикулярных глиозно-атрофических изменений с вторичной деформацией боковых желудочков, поражения покрышек трактов – вероятнее всего, в структуре гипоксическо-ишемического повреждения.

Ортопед 04.11.2024 – ДЦП, спастическая диплегия. Подвывих правого бедра. Танглия правого голеностопного сустава.

Рентген ППБС 2026г- из осмотра ортопеда: дисплазия ППБС с 2 сторон.

Ортопед 13.04.26г фиксированных контрактур нет. Ходит сам с приведением правой стопы на носке справа. Дисплазия ППБС Танглия правого ГСС. Рек-но массаж, стрейчинг ахилла, вопрос о введении диспорта – решать через год. Рентген ППБС через год

ЭЭГ рутинная 01.25г ДЭПД в височно-затылочных отведениях, чаще справа

Неврологический статус: Состояние средней степени тяжести. Самочувствие удовлетворительное. Форма головы: обычная. О.Т. 50,5 см. Общемозговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра нет. Сознание: ясное. Реакция на осмотр: адекватная. Боится лежать на кушетке. Контакт доступен. Понимание речи: понимает соответственно возрасту. Экспрессивная речь: сформирована по возрасту. Нарушение звукопроизношения.

ЧМТ: Острота зрения ориентировочно не нарушена. Зрачки округлой формы $D=S$, реакция на свет живая. Движения глазных яблок не ограничены, косоглазия нет. Конвергенция: ослаблена. Нистагма нет. Почки выхода тройничного нерва при пальпации безболезненные. Глазные щели $D=S$, легкая асимметрия носогубных складок. Оскал симметричен. Ориентировочно слух не снижен. Голос громкий, обычного тембра. Мягкое небо подвижно, глоточный рефлекс живой. Жует, глотает хорошо. Язык по средней линии.

Двигательная сфера: Голову держит. Повороты со спины на живот, с живота на спину осуществляет. Садится из положения лежа самостоятельно. Позу сидя удерживает. Позу на четвереньках формирует. Ползает самостоятельно реципрокно. Вертикализация: ходит самостоятельно. Походка: спастическая, опора на всю стопу, приводит стопы внутрь, больше справа. Не может прыгать. Активные движения ограничены в нижних конечностях дистально. Пассивные движения в полном объеме. Мышечная сила снижена в нижних конечностях до 4 баллов, в виду спастических парезов. Мышечный тонус повышен по пирамидному в нижних конечностях типу $D=S$, грацилис-синдром и хамстринг-синдром. Спастичность 2 балла по Эшворту. Сухожильные рефлексы оживлены с рук $D=S$, с ног высокие $D=S$. Патологические рефлексы: рефлекс Бабинского с 2-х сторон. Брюшные рефлексы вызываются. Гиперкинезы: нет. Чувствительная сфера: ориентировочно не нарушена, оценка затруднена. Трофических нарушений нет. Координаторные пробы: не выполняет (малый возраст). Тазовые функции: произвольный контроль тазовых функций сформирован.

За время лечения получил: занятие адаптивной физ.культурой №35, речевой массаж №12, занятие двигательной сенсорикой №12, занятие мелкой моторикой №10, занятие на ИОН «Корвит» №8, массаж общий №14, суставная гимнастика №10, Конезотерапия №12.

За время лечения физически окреп, улучшилась координация движений и равновесие. На занятиях отрабатывался паттерн самостоятельной ходьбы, при дополнительном контроле может правильно и ровно ставить стопы, ходить с пятки на носок. Может пройти не нестабильной платформе, узкому модулю. Научился подниматься по лестнице без опоры за перила. Занимался хорошо. Также проводились занятия с логопедом над концентрацией внимания, умением доделывать задания до конца; пересказом текста; развитием логического мышления.

Также учился соединять буквы в слова и слоги. С нейропсихологом занимались над улучшением равновесия, ловкости и точности движений.

Рекомендовано:

1. Наблюдение невролога, ортопеда по месту жительства.
2. Повторные курсы лечения в центре «САКУРА».
3. Занятия ЛФК постоянно, курсы массажа, кинезиотерапия;
4. Занятия с логопедом, развитие мелкой моторики.
5. ЭЭГ-видео мониторинг в динамике 1 раз в 6 месяцев.
6. Соблюдение ортопедического режима.
7. Рентген тазобедренных суставов с расчетом индекса Реймерса 1 раз в год.
8. Медикаментозная терапия: Кортексин 5 мг в/м № 10, далее Пантогам сироп 3 мл х 2 раза в день 2-3 месяца, затем МагнеВ6 по 1/2 ампулы 2 раза в день 1 месяц, разбавив водой или соком.
9. Энерготрофная терапия 2-3 раза в год курсами (элькар по 7 кап 2 раза в день 1 месяц или коэнзим Q10, кудесан по 6 кап утром 1 месяц). Вит.Д3 по 1000-1500 ЕД ежедневно длительно.
10. Избегать электролечения на область головы и шейно-воротниковую область, применения церебролизина, энцефабола, семакса, пирацетама.
11. Постуральный менеджмент (управление каждым сегментом тела и контроль за ним)
- сидеть в симметричной позе не менее 6 часов в день, смена позиционирования в течении всего дня.
- ортезы на нижние конечности (пассивное растяжение определенных мышц и суставов в течении минимум 6 часов в день), - ортопедическая обувь

Невролог

Е.В. Козина

Главный врач П.С. Минина

