

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Вторая народная больница района Яньху города Юньчэн  
Дата заезда: 06-06-2016  
Дата выезда: 07-08-2016

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО: Москалёва Елизавета Дмитриевна  
1.2 FIO: Moskaleva Elizaveta  
1.3 Серия и номер: III-ЛО 582602  
1.4 Дата рождения: 04 марта, 2015  
1.5 Место жит.: Российская Федерация, Кемеровская область  
12 Доп. инф.: Ребенок занимается плаванием в бассейна с мамой, любит музыку.

## Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: Москалёва Мария Викторовна  
17.2 FIO: Moskaleva Mariya  
17.3 Серия и номер: 32 13 312036  
17.4 Дата рождения: 22 ноября, 1981  
17.5 Родственные отношения к пациенту: Мать  
17.6 E-Mail: mariyazaxarova@mail.ru  
17.7 Контактный телефон: 89236206685; 89617148960  
 Основной сопровождающий

## 2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок  
Основной диагноз: ДЦП, ранний резидуальный период, спастический тетрапорез, 3 степень по шкале Эшвортса, GMFCS III. Задержка психомоторного развития средней степени тяжести. Расширение субарахноидального пространства лобных долей. Арахноидальная киста полюса правой височной области.

## 2.2.а История болезни

Основной диагноз: ДЦП, ранний резидуальный период, спастический тетрапарез, 3 степень по шкале Эшворта, GMFCS III. Задержка психомоторного развития средней степени тяжести. Расширение субарахноидального пространства лобных долей. Арахноидальная киста полюса правой височной области.

## ВЫПИСКА ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Диагноз: Интранатальная инфекция неуточненной этиологии.

Реактивный плеоцитоз. Сочетай: RDS; ГИПЦНС, синдром двигательных нарушений.

Сопутст: Транзиторный гипотиреоз. Фон: Недоношенность 35 недель ( ПКВ 38 недель ).

Из анамнеза: беременность-2 на фоне хр.пиелонефрита, ОРВИ без температуры, носительство хр. инфекции ( ЦМВ, Краснухи, Токсоплазмоз ), роды преждевременные при сроке гестации 35 недель, Апгар-6\7 баллов, вес-2300, рост-48 см, О.Г.- 31 см, О.Г.К.- 29 см. С рождения клиника угнетения, незрелость. Со 2-х суток признаки интранатального инфицирования - нарушение дыхания ( апноэ ), токсикоз, склерема, гуморальная активность, Р логические признаки пневмонии справа? В лечении: дотация кислорода в «колпак», ИВЛ со 2-х суток, седатация ( промедол), лазикс, а\б терапия: ампициллин, амикацин; дицинон, трофическое питание, в\в инфузия. В возрасте 3-х суток поступает в отд. реанимации новорожденных, где продолжены интенсивные мероприятия и обследование: в клинике-симптомы токсикоза, негативизм при осмотре, желтуха при уровне билирубина ( 213,0\ 9,0\ 204,0 ), ПТИ = 38,4%, респираторные, метаболические нарушения, общий белок = 47,0 г\л, сахар крови = 2,7 ммоль\л, маркеры инфекции в норме, диагностическая LP - цитоз 500\3 ( 166\3 ) неизмененные, измененные эритроциты ( н.- 79% , л-17% ). Нв - 178 г\л, гуморальная активность в виде нейтрофильного лейкоцитоза без тромбопении; ан.мочи, копрограмма - без патологии. Поев крови, ликвора, Т.Д. - роста нет, зев - *Acinetobacter baumannii*; R гр.клетки - инфильтративных теней в легких нет, легочной рисунок обеднен, сердце не расширено. Обзорный снимок брюшной полости - пневматизация верхнего и среднего этажа обычная, в нижнем этаже - апневматоз. ЭХО КГ - миокардиальная дисфункция левого желудочка, признаки легочной гипертензии, ФВ в норме. УЗИ головного мозга – гипоксически - ишемические нарушения. УЗИ органов брюшной полости - без визуальных изменений. Маркеры инфекции в динамике ( СРВ крови = 18,8 мг\л, ПКТ крови = 1,1 нг\мл ). В терапии: ИВЛ до 08.03., а\б терапия: максипим, ампициллин, метро- нидазол; инфузионная терапия с элементами парентерального питания, трофическое питание, квамател, викасол, фототерапия. По стабилизации состояния с "Т2ИЗ: ребенок находится в отд.патологии новорожденных с клиникой синдрома угнетения на фоне остаточных респираторных нарушений. Нв -132 г\л, сохраняется гуморальная активность в виде выраженного лейкоцитоза со сдвигом формулы без тромбопении, маркеры инфекции остаются высокими ( ПКТ крови = 0,69 нг\мл, СРВ крови = 20,0 мг\л), ПТИ = 87,5%, фибриноген = 2,66 г\л, электролитных нарушений нет, контрольная LP цитоз 66\3( 22\3 ) н.5%. ( сахар ликвора = 2,7 ; крови = 3,1 ммоль\л ), посев крови, ликвора - роста нет, ликвор на Luis - антитела к Tr\ pallidum не выявлены. Кровь, ликвор на ВУИ ( ИФА )- ЦМВ, ВПГ, Краснуха, Токсоплазмоз - Ig M отрицательно. Кровь на ТТГ = 15,9 мме\мл, Т4 = 21,5 нмоль. Осмотр окулиста 18.03. - сетчатка в стадии созревания обоих глаз ( осмотр ч\з 2 - 2,5 недели на Ret\Cam ). УЗИ головного мозга, органов брюшной полости, - без визуальной патологи. В лечении: общий уход, а\б терапия: сульперазон с .13.03. -18.03., дозированное вскармливание смесью «Пренан» с постепенным расширением объема питания и переходом на грудное молоко, массаж общий, с 21.03 эутирокс 12 мкг\сутки, вит.Д3 - 1000 ед\с. За время наблюдения и лечения - состояние стабилизировано по фону, соматическому статусу, очагов инфекции, пороков развития нет, температура стойко нормальная, клинико –лабораторная компенсация ( маркеры инфекции в пределах нормы, ан.крови - Нв - 127 г\л, Нт - 35,4%, эр. 3,83; лейк.-14,0 э-6, п-7, с-34, л-40, м-13, ретикул.- 71 промиле ), посев кала - без патологии, находится на грудном вскармливании, прибавки в массе стабильные, отправления не нарушены. Осмотр невролога 23.03. - без патологических изменений.

## ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ из отделения для детей с поражением психики, ЦНС

### Клинический диагноз

Основной: Детский церебральный паралич, ранний резидуальный период, спастический тетрапарез, 3 степени по шкале Эшворта, GMFCS III. Задержка психомоторного развития средней степени тяжести. Расширение субарахноидального пространства лобных долей. Арахноидальная киста полюса правой височной области.

Сопутствующий диагноз: Первичный врожденный гипотиреоз, компенсация.

Анамнез заболевания: Наблюдалась у невролога амбулаторно- получала циннаризин, корtekсин, энцефабол, массаж. УЗИ г/м 04.15г-без патологии. Курс восстановительного лечения амбулаторно в 5 мес, в сентябре получала диакарб, аспаркам, энцефабол, корtekсин. По поводу транзиторного гипотиреоза с рождения получает эутирокс 12.5мг \* 1 раз Поступает в ДНО планово с целью дообследования.

Неврологический статус: Состояние средней тяжести , за счёт неврологического дефицита, двигательных расстройств, задержки развития. Мезоцефалия. ОГ41.5см Б\Р 1.5см\* 1.5см , на уровне

костей черепа, швы закрыты. Глазные щели равные. Взор фиксирует. Расходящийся страбизм,

больше за счёт OS. Не постоянный синдром Графе. Динамика движения глазных яблок полная, нистагма нет. Зрачки равные. Фотореакции живые. Лицо симметрично. Бульбарных расстройств нет. Мышечный тонус спастичен с рук и ног, чуть выше слева. Сухожильные рефлексы высокие с рук и ног, без чёткой асимметрии. С-м Бабинского с 2-х стороны. Голову удерживает, берёт предмет паретически, хуже захват левой рукой, в руках не перекладывает, не переворачивается, проба на "тракцию" хорошая. Опора с поджатыми пальчиками на передний край стоп. Шаговые движения на "носочках". Эмоции яркие, узнаёт мать, комплекс "оживления" (+), гулит мало. В отделении на фоне лечения состояние стабильное, отмечается небольшое уменьшение спастичности мышечного тонуса. Выписывается домой. Даны рекомендации.

Лечение: Амплипульс р/д. Кортексин (Cortexinum) 5 мг 1 р/д в/м 1 дн., ЛФК р/д. Мидокалм (Tolperisone) 12.5 мг 2 р/д внутрь. Тиамина хлорид (Thiamine) 0.5 мл 1 р/д в/м. Физиолечение р/д. Церебролизин (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи) 1 мл 1 р/д в/м. Гормоны: ТТГ-тиреотропный гормон = 2.81 мкМЕ/мл; T4 свободный = 163.3 пмоль/л;

Консультация офтальмолога.

Осмотр: Глазное дно: ДЗН с чёткими границами, бледноват. Сосуды несколько узковаты.

Детальный осмотр затруднён. Диагноз: Недоношенность 35 недель. Расходящееся косоглазие, больше OS.

Мультиспиральная томография: Отмечается симметричное расширение субарахноидального пространства лобных областей. Также расширены передние отделы межполушарной щели. Локальное расширение субарахноидального пространства полюса височной области слева, размером 20\*11\*10 мм, с ровными, четкими контурами, с компрессионным воздействием на прилежащую мозговую ткань. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки умеренно расширены, симметричны. III желудочек 4мм, форма и размеры IV-го желудочка не изменены. Паравентрикулярно боковым желудочкам (в большей степени справа), линейные участки кальцинации, без четких контуров, максимальной протяженностью до 9мм. Ствол головного мозга не деформирован, не смещен. Миндалины мозжечка расположены обычно. Расширение субарахноидального пространства лобных долей. Арахноидальная киста полюса правой височной области. Умеренно выраженное расширение боковых желудочков. Линейные участки отложения кальция. Малиновский А.С.  
Рентгенография костей и суставов: Область исследования: тазобедренных суставов в прямой проекции сосвезденными ногами: костные изменения не обнаружены.  
Электроэнцефалография: Эпилептическая активность не зарегистрирована. Умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга на мезодиэнцефальном уровне.

## 2.2.б Продолжительность заболевания

с рождения

## 2.3. Этапы физического развития с момента рождения

Голову держит с двух месяцев, не сидит, но пытается, не ползает, встает на четвереньки, стоит у опоры, ходит держась за обе руки на цыпочках.

2.4.а. Находится ли ребенок на психиатрическом или наркологическом диспансерном учете?

нет

2.4.б. Находится ли ребенок на кожно-венерологическом диспансерном учете?

нет

2.5. Имеет ли опасные для здоровья заболевания?

нет

2.5.1. Сердечно – сосудистые заболевания?

нет

2.5.2. Заболевания дыхательной системы?

нет

2.5.3. Инфекционные заболевания?

нет

2.5.4. Другие опасные для здоровья и окружающих заболевания?

нет

2.6. Эпилепсия (Судороги)

нет

2.6.1. Тип судорог

-

2.6.2. Количество эпилептических приступов

-

2.6.3. Противосудорожные препараты (Наименование и дозировка)

-  
2.6.4. Ремиссия (Когда был последний приступ)

-  
2.6.5. Заключение электроэнцефалограммы

Электроэнцефалография: Эпизодическая активность не зарегистрирована. Умеренные изменения биопотенциальной активности головного мозга на междиэнцефальном уровне.

3. Цель поездки? (Какие Вы хотите получить реальные результаты от реабилитации)

Научить ребенка сидеть, ходить, говорить.

4. Состояние пациента и её (его) навыки

Разговаривает? Словарный запас?

Произносит отдельные слоги (лепет)

Инструкции выполняет?

Выполняет некоторые команды

Физические навыки? (Что умеет ребенок делать сам и с помощью)

Переворачивается на живот, играет обеими руками.

Опишите особенности питания ребенка?

Ест перетертую пищу с ложки, зубов нет.

Как жует и глотает?

Активно глотает, сама держит и сосет печенье.

Пищеварительные проблемы?

нет

Аппетит?

хороший

Стул?

нормальный

Аллергия на лекарственные препараты?

на Пантогам

Иммунитет к простудным заболеваниям?

иногда болеет ОРВИ

Как переносит физические нагрузки?

Кричит на массаже у посторонних, не от боли.

Состояние и качество сна?

Ночной сон 10 часов, дневной два раза от 1 до 2 часов.

Увеличиваются приступы при физических нагрузках?

не наблюдали

Задыхается или закатывается во время болезненных процедур?

затрудняюсь ответить

5. Какое ранее проводилось лечение по Вашему заболеванию и его результаты?

Четыре курса массажа на дому, один в стационаре г. Новокузнецк, один на дневном стационаре в г. Кемерово, + физиолечение, озокерит, медикаментозное лечение: кортексин, церебролигин, глиателин, энцифабол, когитум и др. Заметна не большая динамика.

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

нет

7. Лечились ли когда-либо методами китайской традиционной медицины за пределами Китая?

нет

8. Проводились ли хирургические операции по Вашему заболеванию?

нет

9. Получали ли травмы от внешних факторов?

нет

10. Особые пожелания по проживанию, лечению, реабилитации

Желательно рядом с русскоязычными пациентами, отдельная кухня, лечение с перерывами на сон и обед для ребенка, если возможно.

11. Какие необходимы документы от клиники

Приглашение. Предварительный счет на лечение.