



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (ФГБУ «РДКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ)	АДРЕС  СПРАВОЧНАЯ: ПРИЕМНОЕ ОТД.: ФАКС: ПОЛИКЛИНИКА: ОБЩИЙ ОТДЕЛ:  ГЛАВНЫЙ ВРАЧ: E-MAIL:	117997, МОСКВА, ЛЕНИНСКИЙ ПР., д. 117 (495) 936-90-09 (495) 936-90-45, 936-93-45 (495) 935-61-18 (495) 936-92-30 (495) 936-94-54 (по письмам) (495) 434-11-77 CLINIKA@rdkb.ru
--	--	---	--

#### Выписка из истории болезни № 5173-с

**Шаламов Георгий Мирабович, 24.06.2009 г.р. (3 г 4 мес)**, проживающий по адресу: г.Москва, ул.Академика Анохина, д.2, корп.4, кв.51, находился в отделении психоневрологии № 2 с 7.04.2013 по 17.05.2013

**Клинический диагноз: Последствия перенесенного менингоэнцефалита. Поствоспалительная гидроцефалия, носитель вентрикулоперитонеального шунта. Симптоматическая эпилепсия, клиническая ремиссия. Тетрапарез. Гипотонически-астатический синдром. Нарушение психоречевого развития.**

**Поступил в отделение повторно** с жалобами на нарушение психомоторного развития.

**Из анамнеза (собиран со слов мамы и с учетом выписки из ДКБ № 1)**

Мать 41, отец 45 лет.

Ребёнок от 5ой беременности (1-дочь 16 лет, здорова, 2,3 - м/аборт, без осложнений, 4-девочка ,13 лет, здорова), протекавшей физиологически. Родился с весом 3800г рост – 52см, кричал сразу, выписан вовремя.

До 10 мес – ранее развитие по возрасту.

В апреле 2010 отмечались явления ОРВИ, о.ринита, лечился амбулаторно в течение недели, температуры не было. Через неделю - 3 ревакцинация гепатит В. После ревакцинации через 7 дней (26.04.2010) отмечался подъём температуры до 40С, дан нурофен - температура снизилась, самочувствие улучшилось, к концу суток - рвота. На следующий день рвота повторилась, необильная, до 5 раз в сутки, отказ от еды. Дан мотилиум – без эффекта. К 3 суткам (28.04.2010) появились вялость, сонливость, ночью отмечались срыгивания, однократная рвота. Неоднократно наблюдался педиатром по месту жительства, бригадой «03». Однократно предложена госпитализация, от которой мама отказалась Утром 29.04 отмечалось учащенное, грубое дыхание, цианоз. Бригадой 03 диагностирован ложный круп, доставлен в стационар. Госпитализирован в отделение реанимации МДГКБ в крайне тяжёлом состоянии: сознание коматозное, дыхание поверхностное, неритмичное, с периодами апноэ, на коже стоп – точечная сыпь. При **люмбальной пункции** – ликвор мутный, цитоз 48/3, нейтрофилы – 36, лимфоциты 12, белок 2,31, много бактерий. Находился на ИВЛ с 29.04.2010 по 10.05.2010, сохранялась одышка инспираторного характера, бульбарные расстройства. В связи с нарастанием дыхательной недостаточности вновь интубирован 21.05.2010. 28.05 в связи с длительной интубацией, отсутствием кашлевого и глотательного рефлексов проведена верхняя трахеостомия. 15.06.2010 переведён в инфекционно-боксованное отделение, где наблюдался до 10 августа 2010 с диагнозом: «Генерализованная инфекция, вызванная St.pneumonia: менингоэнцефалит, сепсис. Мультикистозная энцефаломалиция вещества головного мозга, внутренняя окклюзионная гидроцефалия, центральный тетрапарез, симптоматическая эпилепсии, выраженная задержка психо-речевого развития. Синдром когнитивного дефицита. ДВС синдром 1 фаза. ДН 11. Гнойный трахеобронхит. Миопатический парез гортани». 1.07.2010 проведена деканюляция трахеи. 8.06.2010 отмечались эпизоды «застывания взора», клонии в руках. На **ЭЭГ** – эпилептиформная активность с высоким индексом в виде мультирегиональных комплексов «острая-медленная волна» с максимальной представленностью в задневисочных и лобных областях без устойчивой латерализации, часто с диффузным распространением. Был назначен конвулекс – 15 кап х 3р/д (48,4 мг/кг/сут). На



**ЭЭГ (июль 2010)** – положительная динамика в виде уменьшения представленности эпилептиформной активности, отсутствия отчётливого регионального замедления.

Неоднократно проводилось **КТ головного мозга**:

**4.05.2010**: признаки диффузно-очаговых изменений белого вещества лобных и височных долей можно расценить как участки энцефаломалации.

**1.06.2010**: размеры участков пониженной плотности у передних рогов боковых желудочков увеличился до 38 x 18 с каждой стороны. Аналогичные по плотности обширные участки появились у задних и височных рогов желудочков. Отмечается дальнейшее прогрессирование гидроцефалии. Субарахноидальные пространства лобно-теменных областей сузились. **20.07 выполнена операция**: нейроэндоскопия, перфорация дна 3 желудочка и мембран в препонтиной цистерне.

**КТ головного мозга 30.07.2010**: сохраняются зоны пониженной плотности преимущественно у передних рогов боковых желудочков мозга, однако, размеры их несколько уменьшились. Отмечается некоторое уменьшение размеров тела правого бокового и 3 желудочка. Отмечается расширение оболочечного пространства правого полушария в лобной доле до 17 мм, височно-теменной области до 8 мм, межполушарная щель расширилась до 4 мм. Сохранялся центральный тетрапарез, выраженное нарушение психо-речевого развития. На фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде разрешения бульбарного синдрома, улучшения зрительных функций, клиническая ремиссия в отношении приступов. На фоне отрицательных эмоций отмечаются эпизоды с переразгибанием туловища (дистонические атаки). Выписан 10.08.2010 из МДГКБ, однако, 13 августа 2010 вновь поступил с ухудшением состояния: многократная рвота, вялость, снижение аппетита. Консультирован нейрохирургом: рекомендовано экстренное оперативное вмешательство – вентрикулоперитонеостомия справа. В связи с сохраняющейся фебрильной лихорадкой выполнена пункция: цитоз 432/3, нейтрофилы 74%, посев ликвора – золотистый стафилококк. 31.08: ликвор жёлтого цвета, цитоз 623/3. 31.08 выполнена имплантация наружного вентрикулоперитонеального дренажа в передний рог правого бокового желудочка, удаление вентрикулоперитонеального шунта справа. Получал массивную антибактериальную терапию в течение 3 недель, достигнута санация ликвора. 17.09 – вентрикулоперитонеостомия справа, удаление НДВ. Контроль КТ - гидроцефалия без прогрессирования. Через 4,5 мес от момента начала заболевания был выписан домой. В дальнейшем проводилась реабилитационная терапия различными методиками (НЦЗД, клиники Германии). При первой реабилитации в Германии к конвулексу добавлен кеппра. На фоне реабилитационной терапии стал фиксировать взгляд, появились движения в руках, стал брать игрушки сначала правой рукой, затем левой рукой; Повторный курс в Германии, Чехии, Тушинская больница. Были приступы замиранья с нарушением дыхания, в Тушинской больнице к конвулексу был добавлен трилептал, число приступов и их выраженность сократилось, постепенно доза трилептал была увеличена. Конвулекс был постепенно отменен в апреле - мае 2012 года. Концентрация леветирацетама была низкая, 26 августа 2012 - года - контроль ЭЭГ с положительной динамикой - кеппра+трилептал, кеппра был отменена. (со слов мамы). Контроль ЭЭГ 3.11.2012 года (кафедра неврологии РНИМУ) - альфа-ритм по частотно-амплитудным характеристикам в пределах возрастной нормы. Сенсомоторный ритм крайне фрагментарный, нестойкий. Функционально-органические нарушения б.э.а с преобладанием в правой лобной области и левой задневисочно-затылочной областях в виде медленноволновых акцентуаций. Диффузные ирритативные изменения с акцентом в височных, больше справа отделах в виде умеренной экзальтации бета-форм. По ходу бодрствования отмечается региональная эпилептиформная активность в правой лобной области и независимо в левой задневисочно-затылочной области в виде комплексов острая-медленная волна и пик-волна. Индекс разрядов в целом по ходу записи бодрствования - низкий. Отмечается появление разрядов в правой лобной области в ряде подходов пробы РФС (10 Гц и 3-27Гц) - умеренный фотосенситивный эффект. Во время сна отмечается нарастание индекса и амплитуды региональных эпилептиформных пик-, дабл-пик и остро-медленноволновых комплексов в правой лобно-центрально-височной области (доминирующий



очаг) с диффузным распространением (преимущественно по правой гемисфере), временами с вторичным левополушарным лобно-полярным акцентом, а также отмечаются эпилептиформные разряды независимо в левой задневисочно-затылочной области. Индекс разрядов варьировал в пределах 20-80% записи на различных эпохах сна, в целом - средний. Сон модулирован по фазам, физиологические паттерны сна дифференцируются не смотря на широкую представленность эпилептиформных разрядов. Ирритативные изменения с акцентом в височно-центрально-теменных отделах, больше справа в виде умеренной экзальтации бета-форма. Эпилептических приступов по ходу записи не отмечено. В сравнении с данными мониторинга ЭЭГ от 26.08.2012 по ходу бодрствования с одной стороны - отмечается положительная динамика в виде нарастания индекса и частотных характеристик ритмической активности в затылочных отделах с формированием альфа-ритма, хотя отмечается слабая выраженность сенсомоторного ритма, но это может быть обусловлено ситуационными поведенческими особенностями. С другой стороны - реактивация левополушарного задневисочно-затылочного эпилептического очага. Относительно сна - отмечается положительная динамика в виде умеренного снижения индекса эпилептиформных разрядов в целом (однако, «светлых» эпох сна без эпилептиформных разрядов на сей раз не отмечалось) и незначительного снижения верхней амплитудной планки разрядов.

В ноябре-декабре 2012 года обследован в отделении психоневрологии № 2, проведено обследование:

#### Биохимический анализ крови: 28.11.2012 г

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Общий белок	64.00	г/л	- ---	56 - 75
Мочевина	4.50	ммоль/л	---	1.4 - 6
Креатинин	19.20	мкмоль/л	- ---	18 - 62
Билирубин общий	4.80	мкмоль/л	- ---	2 - 13.7
Фосфор неорганический	1.59	ммоль/л	---	0.95 - 1.8
АлАТ	18.00	МЕ/л	- ---	10 - 45
АсАТ	14.00	МЕ/л	- ---	10 - 42
Глюкоза	4.50	ммоль/л	- ---	3.5 - 5.8
K+	4.50	ммоль/л	----	3.4 - 4.5
Na+	133.00	ммоль/л	<<---	135 - 146
Ca (общий)	2.36	ммоль/л	---	2.1 - 2.6

#### Гуморальный иммунитет 28.11.2012

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
IgA (Иммуноглобулин А)	84.00	мг/дл	- ---	23 - 190
IgG (Иммуноглобулин Ж)	686.00	мг/дл	- ---	500 - 1300
IgM (Иммуноглобулин М)	141.00	мг/дл	---	50 - 199
С3 (Ц3 компонент комплемента)	90.10	мг/дл	- ---	79 - 152
С4 (Ц4 компонент комплемента)	14.10	мг/дл	<<---	16 - 38

**Видео-ЭЭГ-мониторинг 27.12.2012** Запись ЭЭГ в состоянии бодрствования с выполнением функциональных проб характеризовалась: Альфа-ритм 7-9 Гц, амплитудой 30-70 мкВ, фрагментарный неустойчивый, сниженного индекса, дезорганизован медленными формами активности низкочастотного тета- и дельта-диапазона. Во фронто-центральных отделах полушарий отмечается также неустойчивые ритмические фрагменты 7-8 Гц (сенсомоторный или мю-ритм), амплитудой 20-50 мкВ, переходящей альтернативной латерализации, дезорганизованный медленными формами, включая 4-6 Гц низкочастотные тета-ритмы. На ЭЭГ отмечается региональная акцентуация низкочастотных тета- и дельта-форм в правой лобно-центрально-височной области, амплитудой до 150 мкВ (если не в структуре эпилептиформных



разрядов). Бета-активность широко диффузно представлена, чаще с акцентом в лобных и височных отделах полушарий, амплитудой до 40 мкВ. Нередко бета-формы трудно дифференцируются на фоне обильной примеси миографических артефактов. На этом фоне отмечается появление отдельных и сгруппированных комплексов острая-медленная и пик-волна в правой центрально-передневисочной области, амплитудой порядка 70-200 мкВ. Эпилептиформные разряды схожи по морфологии с т.н. «доброкачественными эпилептиформными разрядами детства» (типа «ДЭРД»), но также сочетаются с региональным замедлением. Индекс разрядов в целом по ходу записи бодрствования – средний. В пробе с ритмической фотостимуляцией с предъявлением частот 3, 6, 10, 16, 20 и нарастающего диапазона 3-27 Гц отмечается реакция следования ритмике на частотах 6 и 10 Гц, без провоцирующего влияния на эпилептиформные комплексы. В пробе с ритмической фоностимуляцией с предъявлением частот 3, 5, 10, 15, 20 и нарастающего диапазона 3-27 Гц не отмечено провокации эпилептиформных разрядов. **Заключение:** Альфа- и сенсомоторный ритм дифференцируются, но крайне фрагментарные нестойкие. Функционально-органические нарушения б.э.а. с акцентом в правой лобно-центрально-височной области в виде медленно-волнового преобладания. По ходу бодрствования отмечается региональная эпилептиформная активность в правой центрально-височной области и независимо в левой задневисочно-затылочной области в виде комплексов острая-медленная и пик-волна, нередко схожих по морфологии с «ДЭРД», но также сочетаются с региональным замедлением. Индекс разрядов средний. Эпилептических приступов по ходу записи не отмечено. В сравнении данными мониторинга ЭЭГ от 03.11.2012 г отрицательные явления в виде нарастания индекса и амплитуды правополушарных разрядов, а также более выраженной дезорганизации альфа-ритма. Тем не менее, положительные явления в виде редукции левополушарного очага, а также уменьшения представленности ирритативных явлений (бета-экзальтаций). В ходе данной записи эпилептиформные разряды часто походят на «ДЭРД».

**В отделении проводилась терапия:** трилептал 4,0 мл х 2р, в связи с жалобами матери на появление сонливости после утреннего приема трилептала его доза уменьшена до 3,0 мл утро, 4,0 вечер. Начат курс карнитена 1 грамм в сутки (питьевой раствор). В отделении медицинской реабилитации получал комплексную реабилитационную терапию - краниосакральная терапия 2 р в неделю, прикладная кинезотерапия по методике Кастилио Моралес, лечебная гимнастика с использованием тренажера Галилео, прикладная терапия по Войта в положении на спине, на боку, на животе.

В отделении перенес ОРВИ, острый ринофарингит, острый бронхит с бронхообструктивным синдромом, наблюдался совместно с педиатром, проводилась симптоматическая терапия (ингаляции с беродуалом, капли в нос, гескорал), после купирования бронхообструктивного синдрома курс реабилитационной терапии продолжен.

На фоне терапии состояние с положительной динамикой в виде улучшения контроля головы, лучше опора на руки в положении на животе. Посаженный - сидит с поддержкой увереннее, кратковременно, опираясь на руку может потянуться за игрушкой, удерживая позу. Несколько лучше эмоциональные реакции. Судороги в отделении не отмечались.

**За период со времени предыдущей госпитализации** состояние ребенка с положительной динамикой в виде увеличения двигательной активности, стал активнее ползать на животе на горизонтальной поверхности, по наклонной плоскости, в положении сидя менее выражен кифоз. Улучшились психоречевые навыки - лучше голосовая активность, более мотивированно и заинтересованно играет в игрушки.

**По месту жительства проведено видео-ЭЭГ-исследование:** альфа-ритм по частотно-амплитудным характеристикам в пределах возрастной нормы. Сенсомоторный ритм фрагментарный нестойкий. Функционально-органические нарушения б.э.а с акцентом в правой лобно-височной области в виде медленно-волнового преобладания, по ходу бодрствования отмечается региональная эпилептиформная активность в правой центрально-теменно-височной области и независимо в левой затылочной области в виде комплексов «острая медленная волна» и «пик-волна», нередко схожая по морфологии с ДЭПД, но также сочетается с региональным



замедлением. Индекс разрядов средний. Клинически выраженных эпилептических приступов по ходу записи не отмечено. Во время сна отмечается нарастанием индекса и амплитуды региональных эпилептиформных «пик», «даблпик» и «остро-медленноволновых» комплексов в правой лобно-центрально-теменно-височной области - доминирующий очаг, с диффузным распространением преимущественно по правой гемисфере, а также отмечаются эпилептиформные разряды независимо в левой задневисочно-теменно-затылочной области. Индекс разрядов в целом по ходу сна выше среднего. По ходу записи сна отмечались также немногочисленные короткие субклинические паттерны «лафа» в правой центрально-височной и левой височно-теменной областях независимо, длительностью 0,5-2,5 сек. Сон модулирован по фазам, физиологические паттерны дифференцируются, несмотря на широкую представленность эпилептиформных разрядов. Эпилептических приступов по ходу записи не отмечено. В сравнении с данными мониторинга ЭЭГ от 27.12.2012г. относительно записи бодрствования - отмечается реактивация левого-полушарного затылочного очага на фоне сохранения практически прежнего индекса и амплитуды правополушарных разрядов, однако положительные явления в виде нарастания индекса альфа-ритма. По сравнению с данными 03.11.2012г. нарастание индекса и амплитуды разрядов, но тем не менее индексов физиологической ритмической активности. Относительно записи сна в сравнение с данными мониторингования отмечается отрицательная динамика в виде нарастания индексов эпилептиформных разрядов и реактивация субклинических иктальных паттернов, в том числе и левополушарной локализации.

Получал трилептал 3,0 мл х утро, 4,0 мл вечер

Ан.мочи 19.02.13

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Количество	15,0	мл		
Цвет	желтый			
Прозрачность	мутн.			
Удельный вес	1.033			
Реакция	6.0			
Белок	-	г/л	----	0 - 0.1
Глюкоза	Normal	ммоль/л		0 - 1.7
Уробилиноиды	Normal	мкмоль/л		
Лейкоциты	Число в п. зр. 1-2			
Скопл. лейкоц. до	-			
Эритроциты неизменные	Число в п. зр. 0-1-2			
Слизь	+++ RARE			

В отделении проводилась реабилитационная терапия - прикладная кинезотерапия по методике Войта, краниосакральная терапия, микромануальная терапия голеностопных суставов. Трилептал - 4,0 мл х 2р в день. Судорог не было. Отмечается положительная динамика в виде увеличения двигательной активности, появились попытки встать на четвереньки.

**Видео-ЭЭГ-мониторинг март 2013. Заключение:** альфа-ритм и сенсомоторный ритм дифференцируются, но фрагментарно нестойкие.. Функционально-органические нарушения б.э.а с акцентом в правой лобно-центрально-височной области в виде комплексов «острая медленная волна» и «пик-волна», нередко схожая по морфологии с ДЭПД, но также сочетается с региональным замедлением. Индекс разрядов ниже среднего. Во время сна отмечается появление и нарастание индекса и амплитуды мультирегиональных эпилептиформных «пик», «даблпик» и «остро-медленноволновых» комплексов в левой затылочно-задневисочно-теменной(доминирует) области и левой центрально-теменно-височной области, а также независимо в правой центрально-височной, лобно-височной и лобно-центрально-теменно-височной областях, нередко склонных к диффузному распространению. Индекс разрядов варьировал в пределах 50-85% записи (в целом - выше среднего). Сон модулирован по фазам, физиологические паттерны дифференцируются, несмотря на широкую представленность



эпилептиформных разрядов. Эпилептических приступов по ходу записи не отмечено. В сравнении с данными мониторинга ЭЭГ от 02.02.2013г. относительно записи бодрствования отмечается положительная динамика в редукции левополушарного затылочного очага, а также снижение индекса региональных правополушарных разрядов (положительные явления), однако на этом фоне отмечается умеренное повышение амплитудной планки разрядов, а также снижение индекса альфа-ритма (отрицательные моменты). Относительно записи сна положительные явления в виде отсутствия субклинических иктальных паттернов «lafafa», но индекс фоновых эпилептиформных разрядов - без тенденции к снижению, и отмечается повышение активности разрядов левополушарной локализации (отрицательные явления).

В настоящее время получает Трилептал по 5,0 мл x 2 р/день

**При осмотре** - Вес - 14,4 кг. Голову держит, вертикальном положении старается откинуться назад. Переворачивается со спины на живот и обратно. Группируется при присаживании, сидит с поддержкой. Общемозговых, менингеальных симптомов нет. Признаков дисфункции шунта нет. Черепные нервы - взгляд фиксирует и прослеживает, но быстро истощается. Объем движений глазных яблок полный. Зрачковые реакции сохранены. Мимическая мускулатура симметрична. Голос звонкий. Со слов мамы не поперхивается. Глоточные рефлексы повышены-снижены Голову держит, переворачивается со спины на живот и обратно. В положении на животе опора на предплечья. Ползает на животе. Проба на тракцию отрицательная. Посаженный - сидит с минимальной опорой. Кифоз и шаткость по сравнению с предыдущей госпитализацией выражены меньше. На четвереньки не встает. Объем двигательной активности снижен больше в левых конечностях Мышечная дистония, справа преобладает гипотония, слева - тонус повышен, периодически с пластическим компонентом, больше в руке. Сухожильные рефлексы высокие, с расширением зон, асимметрия справа. Двусторонние патологические стопные и кистевые пирамидные симптомы. Глобальных синкинезий нет. Родных дифференцирует хорошо, речь - лепет. Игрушки берет, перекладывает, тянет в рот. На имя откликается периодически. Манипуляции предметами стереотипные. Следует отметить увеличение интереса к окружающему - более заинтересованно относится к осмотру, чаще смотрит в глаза, более длительно манипулирует игрушкой.

**В отделении проведено обследование:**

**Видео-КЭЭГ мониторинг состояния бодрствования 25.04.2013 г** Запись ЭЭГ во время бодрствования характеризовалась: Альфа-ритм 7-9 Гц, амплитудой 30-60 мкВ, по большей части фрагментарный неустойчивый, индекс ниже среднего, дезорганизован медленными формами активности низкочастотного тета- и дельта-диапазона. Во фронто-центральных отделах полушарий отмечается также неустойчивые ритмические фрагменты 7-9,5 Гц (сенсомоторный или мю-ритм), амплитудой 20-60 мкВ, принимающие аркообразную форму, преходящей альтернативной латерализации, дезорганизованный медленными формами тета- и дельта-диапазона. На ЭЭГ отмечается региональная акцентуация низкочастотных тета- и дельта-форм в лобно-центрально-височных областях D>S, амплитудой до 120 мкВ (если не в структуре эпилептиформных разрядов). Бета-активность широко диффузно представлена, чаще с акцентом в лобных и височных отделах полушарий, нередко трудно дифференцируются на фоне обильной примеси миографических артефактов. На этом фоне отмечается появление отдельных и сгруппированных комплексов острая-медленная и пик-волна в правой центральной области с минимальным вовлечением соседних отделов, амплитудой порядка 70-250 мкВ. Эпилептиформные разряды схожи по морфологии с т.н. «доброкачественными эпилептиформными разрядами детства» (типа «ДЭРД»), но также сочетаются с региональным замедлением. Индекс разрядов по ходу записи бодрствования варьирует от единичных за эпоху до 50% за эпоху (в целом - ниже среднего). В пробе с ритмической фотостимуляцией с предъявлением частот 3, 6, 10, 16, 20 и нарастающего диапазона 3-27 Гц отмечается реакция следования ритмике на частотах диапазона 6-20 Гц, без провоцирующего влияния на эпилептиформные комплексы в сравнении с фоном. В пробе с ритмической фоностимуляцией с



предъявлением частот 3, 5, 10, 15, 20 и нарастающего диапазона 3-27 Гц также не отмечено провокации эпилептиформных разрядов в сравнении с фоновым индексом. **Заключение:** Альфа-ритм и сенсомоторный ритм дифференцируются, но фрагментарные нестойкие. Функционально-органические нарушения б.э.а. с акцентом в лобно-центрально-височных отделах D>S в виде медленноволнового преобладания. По ходу бодрствования отмечается региональная эпилептиформная активность в правой центральной области в виде комплексов острая-медленная и пик-волна по типу «ДЭРД», но также сочетаются с региональным замедлением. Индекс разрядов – ниже среднего. Эпилептических приступов и иктальных ЭЭГ паттернов по ходу бодрствования не отмечено. В сравнении данными мониторинга ЭЭГ от 24.03.2013 г на фоне незначительной тенденции к нарастанию индекса эпилептиформных разрядов отмечается более локальный их характер.

**Видео-ЭЭГ мониторинг дневного сна 25.04.2013 г.** Запись ЭЭГ сна во время сна характеризовалась: Наступление фазы дремы (1-я стадия сна) сопровождалось фрагментацией и редукцией альфа- и сенсомоторного ритмов и нарастанием представленности низкочастотных тета- и дельта-колебаний. По мере достижения 2-й стадии сна отмечено появление диффузных всплесков полифазных потенциалов фронтально-центральной, теменно-центральной и вертексной акцентуации, амплитудой порядка 150-400 мкВ, нередко сочетающихся с эпилептиформными разрядами, медленных полифазных потенциалов, акцентуированных в задних отделах полушарий, а также появление фрагментарных 10-16 Гц "веретен сна", акцентуированных во фронтально-центральных отделах полушарий, амплитудой до 80 мкВ, а также более быстрых низкоамплитудных форм бета-диапазона. По мере нарастания представленности и амплитуды дельта-колебаний отмечались переходы к глубоким (3-й и 4-й) стадиям сна. Во время сна отмечается появление и нарастание индекса и амплитуды региональных пик-, даблпик- и остро-медленноволновых комплексов с акцентом в левой теменно-затылочно-задневисочной области, а также в правой центральной, лобно-центральной и центрально-теменно-височной области, амплитудой до 450 мкВ (чаще в пределах 150-350 мкВ), временами склонных к диффузному распространению. Индекс разрядов варьировал в пределах 50-90% записи (в целом – выше среднего). Отмечались короткие субклинические пробежки быстрой активности "Iafa" в правой и левой центрально-теменно-височной областях независимо, длительностью до 1 сек..Отмечались парциальные пробуждения по ходу записи сна, сопровождавшиеся персистированием паттерна медленноволнового сна и не сопровождавшиеся иктальными ЭЭГ паттернами, а также миоклонии сна не сопровождавшиеся иктальными паттернами. **Заключение:** Во время сна отмечается появление и нарастание индекса и амплитуды региональных эпилептиформных пик-, даблпик- и остро-медленноволновых комплексов с акцентом в левой теменно-затылочно-задневисочной области, а также в правой центральной, лобно-центральной и центрально-теменно-височной области, временами склонных к диффузному распространению. Индекс разрядов варьировал в пределах 50-90% записи (в целом – выше среднего). Отмечались короткие субклинические пробежки быстрой активности "Iafa" в правой и левой центрально-теменно-височной областях независимо. Клинических эпилептических приступов не отмечено. Сон модулирован по фазам, физиологические паттерны сна дифференцируются, не смотря на широкую представленность эпилептиформных разрядов. Парциальные пробуждения с персистированием ЭЭГ-картины медленноволнового сна трактуются в рамках парасомний из группы расстройств пробуждения. По ходу сна зафиксированы также неэпилептические доброкачественные миоклонии сна. По сравнению с данными КЭЭГ от 24.03.2013 г - отрицательные явления в виде реактивации иктальных паттернов "Iafa", индекс и амплитуды разрядов не склонны к снижению, но представленности диффузных разрядов уменьшилась (положительный момент).

**Биохимический анализ крови 26.04.2013**

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Общий белок	62.30	г/л	- ---	56 - 75
Креатинин	22.79	мкмоль/л	- ---	10 - 62
Билирубин общий	3.90	мкмоль/л	- ---	2 - 13.7
Фосфор	1.61	ммоль/л	--- -	0.95 - 1.8



неорганический				
АлАТ	22.00	МЕ/л	- ---	10 - 45
АсАТ	16.90	МЕ/л	- ---	10 - 42
КФК	54.30	МЕ/л	- ---	25 - 200
Глюкоза	4.39	ммоль/л	- ---	3.5 - 5.8
Са <sup>++</sup>	1.21	ммоль/л	--->>	0.8 - 1.2
Са <sup>++</sup>	Проверено			
Са (общий)	2.40	ммоль/л	-- -	2.1 - 2.6
Mg	0.93	ммоль/л	- ---	0.74 - 1.2

#### Ан.крови клинический 26.04.2013

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
(HGB) Гемоглобин	126.30	г/л	<<---	130 - 160
(RBC) Эритроциты	4.40	10 <sup>12</sup> /л	- ---	4 - 5
(MCH) Ср. содержание гемоглоб. в эритроц.	28.73	pg	<<---	30 - 35
(MCV) Ср. объем эритроцита	80.00	fL	---	80 - 94
(MCHC) Ср. содерж. гемоглоб. в эр-те	358.90	г/л	--->>	280 - 320
(RDW) Ширина распр. эр-тов по объему	12.8	%		
(HCT) Гематокрит	35.2	%	<<---	37 - 41
(PLT) Тромбоциты	275.50	10 <sup>9</sup> /л	--- -	180 - 320
(PDW) Ширина распр. тр-тов по объему	15.5	%		
(MPV) Ср. объем тромбоцита	7.98	fL		
(PCT) Тромбокрит	0.2	%		
(WBC) Лейкоциты	6.53	10 <sup>9</sup> /л	--- -	4 - 9
(WBC без нормобластов) Лейкоциты	6.53	10 <sup>9</sup> /л		
(NEU%) Нейтрофилы	36.1	%		
(NEU#) Нейтрофилы	2.36	10 <sup>9</sup> /л		
(LYM%) Лимфоциты	55.9	%	--->>	19 - 37
(LYM#) Лимфоциты	3.65	10 <sup>9</sup> /л	--->>	1.2 - 3
(MONO%) Моноциты	6.4	%	- ---	3 - 11
(MONO#) Моноциты	0.42	10 <sup>9</sup> /л	--- -	0.09 - 0.6
(EOS%) Эозинофилы	0.8	%	- ---	0.5 - 5
(EOS#) Эозинофилы	0.05	10 <sup>9</sup> /л	- ---	0.02 - 0.3
(BASO%) Базофилы	0.9	%	--- -	0 - 1
(BASO#) Базофилы	0.06	10 <sup>9</sup> /л	--- -	0 - 0.065
Бластные клетки %	0	%		
Промиелоциты %	0	%		
Миелоциты нейтрофильные %	0	%		
Метамиелоциты нейтрофильные %	0	%		
Палочкоядерные нейтрофилы %	1	%		
Палочкоядерные нейтрофилы #	0.07	10 <sup>9</sup> /л		
Сегментоядерные нейтрофилы %	33	%		
Сегментоядерные нейтрофилы #	2.15	10 <sup>9</sup> /л		



Эозинофилы %	1	%		
Эозинофилы #	0.07	10 <sup>9</sup> /л		
Базофилы %	1	%		
Базофилы #	0.07	10 <sup>9</sup> /л		
Лимфоциты %	57	%		
Лимфоциты #	3.72	10 <sup>9</sup> /л		
Моноциты %	7	%		
Моноциты #	0.46	10 <sup>9</sup> /л		
СОЭ (Метод Вестергрена)	3	мм/ч	- ---	0 - 15

**Консультация нейрохирурга** (зав.отделением нейрохирургии Пальм В.В.) - на момент осмотра признаков дисфункции шунтирующей системы нет. Показано контрольное МРТ - исследование в плановом порядке

**Консультация психиатра** Жалобы на отставание в психическом развитии, колебания настроения, позднее засыпание. Диагноз - Задержка психического развития. Рекомендовано - ново-пассит 3 капли х 3 р в день, Э.элеутерококка - 3 капли утро, обед, глицин 0, - 1/3т х 3 р в день, биотредин 1/2т утро, обед - 15 дней - курс 1 мес, ароматерапия - по 1 капле Э.М. бергамота, лаванды, шалфея на платок с утра - 1 мес

**Консультация офтальмолога** - ОУ - предметное зрение, живые зрачковые реакции. ОУ - спокойные, окружающие глаз ткани не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция умеренно ослабленная. Роговица прозрачная, блестящая. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Зрачок округлой формы, живо реагирует на свет. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Хрусталик прозрачный. Глазное дно: ДЗН правильной округлой формы, с четкими границами, бледно-розовый. Калибр вен нормальный. Артерии умеренно суженные, в большей степени средней степни средней и мелкого калибра. Макулярный и фовеолярный рефлексы выраженные. На периферии - бед/з патологии. Скиаскопия с узким зрачком - ОУ ↑→ Н 1,5d

**Лор** - жалоб не предъявляет, при осмотре - носовое дыхание свободное, отделяемого, ротоглотка - без изменений. Уши - AD et AS - Mt - бледные, контурируются. Заключение - на момент осмотра данных за лор-патологию нет.

**В отделении проводилось лечение: трилептал 5,0 мл х 3р в день, курс реабилитационной терапии:**

- Лечебная гимнастика с использованием тренажера Галилео
- Прикладная кинезиотерапия по методике Войта, по методике краниосакральной терапии
- Индивидуальная лечебная гимнастика « комплекс вертикализации»
- Прикладная кинезотерапия по методу Костилио-Моралес

На фоне терапии приступов в отделении не отмечалось. Отмечается положительная динамика как в психоэмоциональном развитии, так и в двигательном - движения более мотивированные, чаще встает на четвереньки, появляются попытки реципрокного ползания. Контрольное МРТ головного мозга планируется на следующую госпитализацию.

Выписывается из отделения под наблюдение невролога, педиатра по месту жительства. Контакт с инфекционными больными в отделении нет.

**Рекомендовано:**

- Трилептал 5,0 мл 5мл х 2р - длительно
- Комиссия по госпитализации РКДБ приняла решение о необходимости повторной госпитализации в отделение психоневрологии № 2 25 августа 2013 года. Протокол выслан в адрес департамента здравоохранения г.Москвы.

**Зав.отделением психоневрологии № 2 Цылина Е.С.**

8 (495) 936-90-29, 936-94-29

