



**ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И
ПЕРИНАТОЛОГИИ им. Кулакова В.И. Минздрава России»**

Научно-консультативное педиатрическое отделение
Москва, ул. Академика Опарина, дом 46. Тел. 438-26-00

КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕВРОЛОГА

ФИО: Гостеева Анастасия Максимовна

Возраст: 7,5 месяца/СКВ 5,5 месяца.

Номер карты 68377/14

Дата посещения: 16.04.2015

Жалобы: на изменение мышечного тонуса, задержку формирования навыков.

Анамнез: ребенок от 4 беременности, протекавшей с угрозой прерывания с 28 недели, подтеканием ОПВ. Роды 1, в головном предлежании, преждевременные, с преждевременным излитием ОПВ, на 32 неделе гестации. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов, вес при рождении 1660 г, длина тела 42 см. Состояние при рождении очень тяжелое, обусловленное признаками недоношенности, МФН, ДН 3, синдрома угнетения ЦНС. Находился в ОРИТН с диагнозом: двусторонняя вр.пневмония, БЛД, ВПС(см. выписку). К 3 с.ж. диагностировано ВЖК 3 степени с 2х сторон, ПВЛ.

12 с.ж. ВЖК 4 ст. справа, гидроцефалические изменения, массивное 2хстороннее паренхиматозное кровоизлияние, окклюзионная гидроцефалия. Формирование порэнцефалии. Переведена в МГКБ для ВПШ. 06.10.2014Года – ВПШ по поводу окклюзионной гидроцефалии.

Отмечались приступы судорог после операции ВПШ в виде фиксации взора вправо, адверсией головы вправо.

ЭЭГ 18.11.2014: Эпилептическая активность в лобных отделах с генерализацией.

Выраженные диффузные изменения БЭА мозга, признаки «вспышка-угнетения».

КТ головного мозга 03.10.2014: КТ признаки внутренней гидроцефалии, обширной кистозно-глиозной трансформации вещества мозга.

Офтальмолог 17.12.2014: Регресс ретинопатии недоношенных.

НСГ 15.01.2015: Постгеморрагическая гидроцефалия, состояние после ВПШ. Крупная порэнцефалическая киста в теменной доле правого полушария. Лейкомаляционные кисты слева. НСГ 24.02.2015: постгеморрагическая гидроцефалия, состояние после ВПШ.

Крупная порэнцефалическая киста в теменной доле правого полушария.

Лейкомаляционные кисты слева. Офтальмолог 24.02.2015: гиперметропия слабая врожденная изометропическая. РПН в анамнезе.

Б\х анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТ, ЩФ), Тромбоциты в крови 17.02.2015: без патологии. Концентрация Вальпроевой кислоты в крови 57 мкг\мл.

ЭЭГ-мониторинг 04.02.2015: мультирегиональная эпилептическая активность (см. заключение).

С 03.04.2015 отмечаются клинические приступы судорог по типу инфантильных спазмов. Находилась на лечении в МГКБ в терапии добавлен Сабрилекс 500 мг в сутки (выписка на руках).

01.04.2015: тромбоциты 274. АЛТ 47, АСТ 41.

Неврологический статус: Масса тела 6700 гр. Общемозговой, менингеальной симптоматики нет. На осмотр реагирует комплексом оживления. ОГ 40 см, б/р 1,0 x 1.0 см. Клинических признаков внутричерепной гипертензии нет. Судорог нет. Голова микроцефальной неправильной формы. В левой задне-височно-затылочной области определяется помпа шунтирующей системы; при пальпации прокачивает, признаков воспаления и дисфункции нет. ЧМИ: Обоняние ориентировочно не нарушено. Зрение снижено. Фотореакции живые, симметричные. Страбизма нет. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицевая мускулатура симметричная. Слух ориентировочно сохранен. Нистагм в крайних отведениях. Бульбарных нарушений нет. Привычное положение головы вправо, деформация костей черепа (уплощение правой теменно-затылочной области). Объем активных и пассивных движений снижен. Мышечный тонус по

гипертоническому типу, с преобладанием в руках, симметричный. Сухожильно-периостальные рефлексы высокие, с расширением рефлексогенных зон, симметричные. Безусловно-рефлекторная деятельность: сохранены рефлексы Опоры, АШТР, ЛТР снижены.

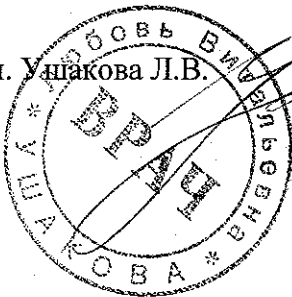
Психомоторное развитие: Сосредоточивает взгляд на неподвижном предмете. Начинает плавно проследивать движущийся предмет. Прислушивается к звуку, голосу взрослого. Следит за светом. Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову, поднимает голову из положения на животе, поворачивает в обе стороны. В вертикальном положении голову удерживает около минуты, истощается. Совершает неполный поворот на живот слева направо. Улыбается, гулит, проявляет интерес к игрушкам, тянет руки к игрушкам, интересуется окружающим.

Диагноз: Последствие тяжелого перинатального гипоксически-геморрагического поражения ЦНС. Постгеморрагическая шунтозависимая гидроцефалия. Синдром двигательных нарушений, спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия: Синдром инфантильных спазмов. Задержка психо-моторного развития. Недоношенность 32 недели.

Рекомендовано:

1. Соблюдение режима дня, прогулки, гимнастика.
2. Контроль положения головы в кроватке, выкладывать на живот перед кормлением.
3. Отвод от профилактических прививок до 12 месяцев.
4. Б\х анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин, ГГТ, глюкоза, мочевины, креатинин), контроль уровня тромбоцитов в крови, концентрации Вальпроевой кислоты через 1,5-2 месяца.
5. ЭЭГ исследование через 3 недели (на дозе 30 мг\кг\сут)
6. Сабрил 500мг/порошок по ½ пакета x 2 раза в сутки (75 мг\кг\сутки)
7. Конвулекс капли: 7 кап утром – 6 кап – 6 кап (190 мг\сут = 28 мг\кг\сут), длительно, постоянно. Дозу корректировать по весу ребенка 28-30 мг\кг\сут, избегать пропусков приема препарата.
8. Консультация эпилептолога.
9. Повторный осмотр + ЭЭГ через 1 месяц.

Врач-невролог к.м.н. Ушакова Л.В.





**ФГУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И
ПЕРИНАТОЛОГИИ им. Кулакова В.И. Минздравсоцразвития»**
Научно-консультативное педиатрическое отделение
Москва, ул. академика Опарина, дом 4. Тел.438-26-00

«27» апреля 2015г.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О. ребенка: Гостеева Анастасия Максимовна

Дата рождения: 31.08.2013 года.

Возраст: 7,5 месяца, СКВ 6 месяцев.

Диагноз: Симптоматическая эпилепсия, синдром инфантильных спазмов. Последствие тяжелого перинатального гипоксически-геморрагического поражения ЦНС. Постгеморрагическая шунтозависимая гидроцефалия. Синдром двигательных нарушений, спастический гипертонус. Недоношенность 32 недели

Отделение: научно-консультативное педиатрическое отделение.

Терапия на момент исследования: Конвулекс, Сабрилекс.

Состояние на момент исследования: пассивное бодрствование, сон.

ДАННЫЕ ЭЭГ

Общая характеристика ЭЭГ:

Общая продолжительность исследования 40 минут. Фоновая активность грубо дезорганизована медленными волнами, грубой эпилептической активностью. Зональные различия сглажены.

Альфа-ритм не регистрируется. Зональные различия сглажены. Модуляция по амплитуде отсутствует. Реакция активации сохранена.

Фазы сна сформированы недостаточно, регистрируются сонные веретена преимущественно в центральных отделах мозга.

Бета-ритм распределен диффузно, без четкого зонального сосредоточения.

Доминирует тета и дельта-активности. Тета-активность с амплитудой до 310 мкВ, индексом до 90 %, разбросом частот от 1-2 Гц, наиболее выраженная по теменным отделам полушарий, больше справа Дельта1 -активность частотой 1 Гц, амплитудой до 320 мкВ, индексом до 96%, Дельта-2 активность около 2 Гц, амплитудой до 360 мкВ с количественным преобладанием справа.

Отмечается амплитудная асимметрия дельта-активности (до 60%) справа, количественным преобладанием в центрально-теменно-затылочных отделах полушария, в левой затылочной-теменной области.

На этом фоне регистрируется изолированная мультифокальная эпилептическая активность в виде комплексов «острая-медленная волна» в левой центрально-теменной области, по правому полушарию в правой центрально-теменно-височной области. Во время сна отмечаются билатерально-синхронные вспышки медленно-волновой и эпилептической активности, до 380

МКБ, с последующим угнетением БЭА. Проба с ритмической фотостимуляцией вызвала реакцию активации, не усугубила пароксизмальный характер эпилептической активности.

Эпилептических приступов за время проведения исследования не зарегистрировано.

Заключение:

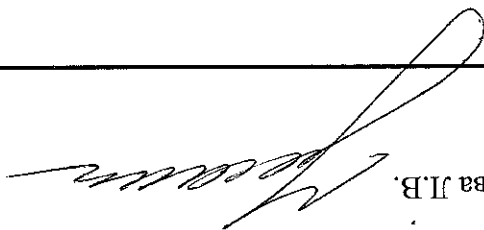
По данным ЭЭГ на фоне задержки формирования возрастного электрогенеза регистрируются выраженные общемозговые изменения БЭА мозга, грубая мультифокальная высокоамплитудная эпилептическая активность в виде комплексов «острая-медленная волна» с элементами угнетения БЭА до 1-2 секунд. В целом ЭЭГ напоминает гипсаритмию.

Рекомендовано:

1) Контроль эпилепсии

2) ЭЭГ-мониторинг 4-6 часов (Институт детской неврологии и эпилепсии (Им.святителя Луки, г.Троицк : 8-495-983-09-03, при ЗАО «Дина Интернешнел» - ул.Борисовские пруды, 13/2, 8926-2905030, 8-495-394-82-52. www.epileptologist.ru).

Врач: Ушакова Л.В.





ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ им. Кулакова В.И. Минздрава России»

Научно-консультативное педиатрическое отделение
Москва, ул. Академика Опарина, дом 46. Тел. 438-26-00

КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕВРОЛОГА

ФИО: Гостеева Анастасия Максимовна

Возраст: 7,5 месяца/ СКВ 6 месяцев (31.08.2014).

Номер карты 68377/14

Дата посещения: 27.04.2015.

Жалобы: на изменение мышечного тонуса, задержку формирования навыков.

Анамнез: ребенок от 4 беременности, протекавшей с угрозой прерывания с 28 недели, подтеканием ОПВ. Роды 1, в головном предлежании, преждевременные, с преждевременным излитием ОПВ, на 32 неделе гестации. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов, вес при рождении 1660 г, длина тела 42 см. Состояние при рождении очень тяжелое, обусловленное признаками недоношенности, МФН, ДН 3, синдрома угнетения ЦНС. Находился в ОРИТН с диагнозом: двусторонняя вр.пневмония, БЛД, ВПС(см. выписку). К 3 с.ж. диагностировано ВЖК 3 степени с 2х сторон, ПВЛ.

12 с.ж. ВЖК 4 ст. справа, гидроцефалические изменения, массивное 2хстороннее паренхиматозное кровоизлияние, окклюзионная гидроцефалия. Формирование порэнцефалии. Переведена в МГКБ для ВПШ. 06.10.2014Года – ВПШ по поводу окклюзионной гидроцефалии.

Отмечались приступы судорог после операции ВПШ в виде фиксации взора вправо, адверсией головы вправо.

ЭЭГ 18.11.2014: Эпилептическая активность в лобных отделах с генерализацией.

Выраженные диффузные изменения БЭА мозга, признаки «выпячка-угнетения».

КТ головного мозга 03.10.2014: КТ признаки внутренней гидроцефалии, обширной кистозно-глиозной трансформации вещества мозга.

Офтальмолог 17.12.2014: Регресс ретинопатии недоношенных.

НСГ 15.01.2015: Постгеморрагическая гидроцефалия, состояние после ВПШ. Крупная порэнцефалическая киста в теменной доле правого полушария. Лейкомаляционные кисты слева. НСГ 24.02.2015: постгеморрагическая гидроцефалия, состояние после ВПШ.

Крупная порэнцефалическая киста в теменной доле правого полушария.

Лейкомаляционные кисты слева. Офтальмолог 24.02.2015: гиперметропия слабая врожденная изометропическая. РПН в анамнезе.

Б\х анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТ, ЩФ), Тромбоциты в крови 17.02.2015: без патологии. Концентрация Вальпроевой кислоты в крови 57 мкг\мл.

ЭЭГ-мониторинг 04.02.2015: мультирегиональная эпилептическая активность (см. заключение).

С 03.04.2015 отмечаются клинические приступы судорог по типу инфантильных спазмов. Находилась на лечении в МГКБ в терапии добавлен Сабрилекс 500 мг в сутки (выписка на руках).

01.04.2015: тромбоциты 274. АЛТ 47, АСТ 41.

НСГ 27.04.2015: без отрицательной динамики.

Неврологический статус: Масса тела 7100 гр. Общемозговой, менингеальной симптоматики нет. На осмотр реагирует комплексом оживления. ОГ 40 см, б/р закрыт см. Клинических признаков внутричерепной гипертензии нет. Судорог нет. Голова микроцефальной неправильной формы. В левой задне-височно-затылочной области определяется помпа шунтирующей системы; при пальпации прокачивает, признаков воспаления и дисфункции нет. ЧМИ: Обоняние ориентировочно не нарушено. Зрение снижено. Фотореакции живые, симметричные. Страбизма нет. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицевая мускулатура симметричная. Слух ориентировочно сохранен. Нистагм в крайних отведениях. Бульбарных нарушений нет. Привычное положение головы вправо, деформация костей черепа (уплощение правой теменно-затылочной

области). Объем активных и пассивных движений снижен. Мышечный тонус по гипертоническому типу, с преобладанием в руках, D>S Сухожильно-периостальные рефлексы высокие, с расширением рефлексогенных зон, симметричные. Безусловно-рефлекторная деятельность: сохранены рефлексы Опоры, шаговый, АШТР, ЛТР снижены.

Психомоторное развитие: Сосредоточивает взгляд на неподвижном предмете. Начинает плавно проследивать движущийся предмет. Прислушивается к звуку, голосу взрослого. Следит за светом. Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову, поднимает голову из положения на животе, поворачивает в обе стороны. В вертикальном положении голову удерживает около минуты, истощается. Совершает неполный поворот на живот слева направо. Улыбается, гулит, смеется, проявляет интерес к игрушкам и окружающим, пытается тянуть руки к игрушкам в положении на спине.

Диагноз: Симптоматическая эпилепсия: Синдром инфантильных спазмов. Последствие тяжелого перинатального гипоксически-геморрагического поражения ЦНС. Постгеморрагическая шунтозависимая гидроцефалия. Синдром двигательных нарушений, спастический тетрапарез. Задержка психо-моторного развития. Недоношенность 32 недели.

Рекомендовано:

1. Соблюдение режима дня, прогулки, гимнастика.
2. Отвод от профилактических прививок до 12 месяцев.
3. Б\х анализ крови через 1 месяц (АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин, ГГТ, глюкоза, мочевины, креатинин), контроль уровня тромбоцитов в крови, концентрации Вальпроевой кислоты через 1,5-2 месяца.
4. Сабрил 500мг/порошок по ½ пакета x 2 раза в сутки (75 мг\кг\сутки)
5. Конвулекс капли: 7 кап утром – 7 кап – 7кап (210 мг\сут = 30 мг\кг\сут), через 5 дней 7 кап-7кап-8 капель, длительно, постоянно. Дозу корректировать по весу ребёнка 28-30 мг\кг\сут, избегать пропусков приема препарата.
6. При учащении приступов решить вопрос о коррекции противосудорожной терапии (Смена Сабрила на Суксилеп (капли или сироп).
7. Консультация эпилептолога.
8. Повторный осмотр через 1,5 месяца, ЭЭГ через 2 месяца.

Врач-невролог

К.м.н. Ушакова Д.В.



МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Отделение: 10

Пациент: Гостева Анастасия

Возраст: 7 мес.

Дата исследования: 03.04.15

История болезни №22083-15С

Состояние пациента: бодрствование

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кривая характеризуется изменениями б.э.а. Функционально-органического генеза представленными диффузной медленоволновой активностью тета и дельта диапазона 2-5 Гц, с периодическим появлением в структуре замедления быстроволновой активности бета диапазона 14-15 Гц, без четкой латерализации. Также в лобно-центральных отведениях регистрируется активность альфа диапазона 8 Гц.

Фотостимуляция: фотопароксизмальной реакции не выявлено.

Гипервентиляция: не проводилась

В ходе исследования отмечено появление эпилептиформной активности по типу комплексов «острая медленная волна».

Вышеописанная б.э.а ЭЭГ напоминает гипсаритмию.

Врач:



Проскуряков К.В.

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 22083 -15С

Ребенок (Ф.И.О.): Гостеева Анастасия Максимовна

Возраст: 7 мес (31.08.2014г)

Домашний адрес: Москва, ул. Донецкая, д.13, кв 180

Находился в неврологическом отделении с 01.04.2015г **по** 09.04.2015г.

Основной диагноз: Симптоматическая эпилепсия. Синдром инфантильных спазмов.

Сопутствующий диагноз: Последствие тяжелого перинатального гипоксически-геморрагического поражения ЦНС. Постгеморрагическая шунтзависимая гидроцефалия. Синдром двигательных нарушений. Спастический гипертонус. Задержка психомоторного и предречевого развития.

Течение заболевания: Ребенок от 34 летней матери, с отягощенная акушерским анамнезом, (3-я беременность замершая), от 4 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на 28 нед (стац.лечение) От самостоятельных преждевременных родов на 32 нед с длительным безводным промежутком. Масса тела при рождении 1660 г, рост 42 см. Оценка по Апгар 4/6 баллов. Тяжесть состояния при рождении была обусловлена дыхательной недостаточностью, формированием внутричерепной гипертензии на фоне ВЖК 4 степени. 06.01.14 проведено вентрикулоперитонеальное шунтирование. По НСГ в 1мес- выраженная асимметричная вентрикулоделатация, ПВЛ, порэнцефалические кисты. С 3-мес жизни у ребенка отмечались судороги в виде горизонтального нистагма, с девиацией глаз вверх и влево, замиранием, по поводу чего находился на лечении в 25 отделении МДГКБ с 13.10 по 06.11.14г., назначена АЭП-конвулекс 11 кап в сут. Приступы были купированы. По ЭЭГ 18.11.14г: эпилептическая активность в лобных отведениях, признаки паттерна вспышка-угнетения. По ЭЭГ 15.01.15г. (4,5 мес): грубая мультифокальная эпилептическая активность в виде комплексов острая-медленная волна, в левой теменно-височно-затылочной области, в левой лобной области, в правой центральной области. В настоящее время получает 5 кап x 3 р/д (концентрация до приема 85 мкг/мл). Поступает в связи с тем, что с 01.04.15 у ребенка стали отмечаться серийные инфантильные спазмы, серии до 15 мин.

При поступлении: ЧСС 100 уд/мин, ЧД - 24 в мин; ОГ 39 см, Б.р. 1,5 x 1 см, не напряжен Вес 6,4 кг. Состояние средней тяжести. Питание удовлетворительное. Кожа чистая, бледная, под кожей височно-затылочной области пальпируется помпа ВПШ, прокачивается. Костно-мышечная система –голова плагицефалической формы. Черепно-лицевая асимметрия. Границы сердца по возрасту, тоны ясные, ритмичные. Носовое дыхание не затруднено. Зев не гиперемирован. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Органы пищеварения: язык чистый, влажный, слизистые чистые. Живот мягкий Стул кашицеобразный. Дизурии нет.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В сознании, на осмотр реагирует негативно, при осмотре приступов нет. Череп микроефальной формы, деформирован (уплощение правой теменно-затылочной области). Общемозговые симптомы: нет. Менингеальные симптомы: нет. Зрение ориентировочно снижено, предметное, взгляд кратковременно фиксирует, прослеживает. Глазные щели D=<S, зрачки равномерные в диаметре 4 мм D=S, движения глазных яблок в полном объеме, косоглазие - нет, фотореакции живые. Лицо симметричное, функция мимических мышц не нарушена. Нистагма нет. Язык по средней линии в полости рта. Атрофий нет, контрактур нет, Объем активных и пассивных движений снижен. Мышечный тонус – повышен по спастическому типу, больше в руках, D=S. Сухожильные рефлексы

высокие с расширением рефлексогенных зон, D=S. Патологические рефлексы – Бабинского с двух сторон. Кожные рефлексы живые, равномерные с двух сторон. Психомоторное развитие : задержано: голову кратковременно удерживает в положении лежа на животе, проявляет комплекс оживления.

Результаты обследований:

Общий анализ крови 01.04.15г.:

WBC x 10 ⁹	RBC x 10 ¹²	HGB г/л	PLT x 10 ⁹	Гран %	Мон %	Лимф %	Глюкоза, ммоль/л
8,2	3,86	116,0	110	25,3	6,2	68,5	-

Общий анализ мочи: цвет — светло-жёлтый, прозрачность-прозрачная, отн.плотность - 1019, реакция — 7.0 pH, белок - 0, глюкоза - 0, лейкоциты - 0, эритроциты-0, нитраты-0, кетоны-0, уробилиноген-0, билирубин-0.

ЭКГ 02.04.15г.: ЧСС 69-109 в мин. Синусовая аритмия, периодически выраженная брадикардия.. Вертикальное положение электрической оси сердца.

ЭЭГ 03.04.15г.: Паттерн гипсаритмии.

НЕЙРОСОНОГРАФИЯ (малое акустическое окно) 03.04.2015

Структуры мозга симметричны, рисунок их четкий. Борозды и извилины – без структурных изменений.

Субарахноидальное пространство по конвекситальным отделам полушарий - не расширено

Межполушарная щель- 5мм, несколько расширена

Боковые желудочки мозга расширены:

косой размер передних рогов справа - 19мм, слева - 19мм

на уровне тел справа - 20мм, слева — 23мм

затылочные рога справа — не расширен, слева - 33мм

височные рога справа - 7,5мм, слева - 10мм

Третий желудочек - не расширен

Четвертый желудочек - не расширен

В проекции переднего рога правого бокового желудочка определяется порэнцефалическая киста размером 36*21мм.

В проекции переднего рога левого бокового желудочка определяется порэнцефалическая киста размером 31*17мм.

В просвете левого бокового желудочка определяются фрагменты шунта.

В паренхиме мозга очаговых включений не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Состояние после ВПШ слева. Эхографические признаки вентрикулодилатации, порэнцефалических кист с двух сторон.

Консультации специалистов:

Окулист 03.04.15г.: OU — спокоен. Роговица прозрачная, блестящая. Глубокие преломляющие среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва розовый, границы его четкие. Вены умеренно извиты, в калибре не изменены. Артерии не изменены. МЗ - рефлексы четкие. Периферия глазного дна без видимой патологии.

Проведено лечение: Конвулекс 6 кап x 3 р/д 01.04-05.04, 4 кап x 3 р/д 06.04—8.04, 6 кап x 3 р/д 08.04-09.04.15г.

За время госпитализации на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения частоты и выраженности инфантильных спазмов.

Состояние при выписке: удовлетворительное. Выписан домой.

Рекомендации:

- Наблюдение невролога, педиатра по месту жительства.
- Длительно непрерывно: вальпроевая кислота капли 6 кап х 3 р/д -180 мг/сут- 28,1 мг/кг/сут.
- Контроль ЭЭГ через 1 мес, далее 1 раз в 6 месяцев.
- Контроль биохимического анализа крови 1 раз в 6 мес.
- Контроль общего анализа крови 1 раз в 3 мес.
- Вопрос социальной адаптации решить на МСЭК по месту жительства.
- Отвод от профпрививок на 1 год

Контакт по ветряной оспе от 03.04.15г.

Лечащий врач: Монахова А.В. :

Зав. отделением: Дроздова И.М.:

