

ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
ТАТАРСТАН

ОТДЕЛЕНИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ

420138, г. Казань, Оренбургский тракт, 140,

телефон отделения: (843) 267-89-44

многоканальный сервис-телефон: (843) 269-89-00, факс: (843) 267-89-56

сайт: www.drkbmzrt.ru

ЛЕЧЕБНЫЙ КОРПУС № 2

СПРАВКА

Бердникова Севастьяна Константиновна - 11.03.13 г.р.

Дата консультации: 17.11.17 г.

Адрес: РТ, г. Казань,

Диагноз: Внутренняя прогрессирующая окклюзионная постгеморрагическая поствоспалительная гидроцефалия. Поликистоз головного мозга. ВПШ слева по Портной.

Жалобы при поступлении: на периодические кризы тошноты, рвоты, головной боли.

Анамнез: Ребенок рожден на сроке 26 недель, с массой 900 г, одна из двойни. ВЖК в анамнезе. Находился на лечении в ОПН ДРКБ с диагнозом БДД, недоношенность. 01.06.13 поступил в отделение пульмонологии с подозрением на пневмонию. Обследования: НСГ, РКТ - признаки декомпенсированной гидроцефалии. Для дальнейшего лечения переведена в отделение нейрохирургии. Локально: Бродничок полный, умеренно напряжен. ОГ – 36 см. С целью оценки качественного и количественного анализа ликвора показано проведение вентрикулярного прокола. 11.06.13 Вентрикулярная пункция – Рликв. 160 мм вод. ст., цитоз 160 клеток преимущественно лимфоцитарного характера, белок м12,2 г/л. Учитывая анамнез, клиническую картину заболевания, результаты РКТ головного мозга, НСГ, вентрикулярной пункции у ребенка диагностирована декомпенсированная внутренняя постгеморрагическая прогрессирующая гидроцефалия. Решено повторить вентрикулярную пункцию, ориентировочно 13.06.13, по результатам анализов - вариант шунтирующего пособия; с учетом анализов ликвора возможно наружное дренирование. 13.06.13 Вентрикулярная пункция – Рликв. 130 мм вод. ст., цитоз 160 клеток преимущественно лимфоцитарного характера, белок м12,2 г/л. С учетом показателей ликвора с целью его санации и нормализации внутричерепного давления показано наложение н/вентрикулярного дренажа. 24.05.13 Операция: «Наложение наружного дренажа левого бокового желудочка» (хирург В.С. Филатов). На фоне дренирования – минимальное отделяемое. 17.06.13 появилась зона гиперемии в области выхода н/дренажа. Учитывая отсутствие признаков прогрессирования гипертензии дренаж был удален. Проводилось динамическое наблюдение, НСГ. За время наблюдения признаков прогрессирования внутричерепной гипертензии не выявлено. 25.06.13 выписана с улучшением. С 02.07.2013 по 02.08.2013 ребенок находился на лечении в нейрохирургическом отд. ДРКБ с диагнозом: Внутренняя окклюзионная прогрессирующая постгеморрагическая гидроцефалия. Вентрикулит. Гипокортицизм недоношенных. Субклинический гипотиреоз. 03.07.13 Вентрикулярная пункция – получен желтый, мутный ликвор, Рликв. 120 мм вод. ст. В анализах ликвора цитоз до 34 тыс., нейтрофильного характера. 03.07.13 Операция: «Наложение наружного дренажа правого бокового желудочка» (хирург В.С. Филатов). В анализах ликвора от 09.07.13 – массивный рост клебсиеллы. Обсуждение совместно с клиническим фармакологом – к терапии подключен селемицин, цефтриаксон – отм. На фоне дренирования – минимальное отделяемое. 10.07.13 появилась зона гиперемии, гнойное отделяемое в области выхода н/дренажа. Принято решение об удалении дренажа. 10.07.13 Консилиум в составе зам. гл. врача по хирургии Д.Ю. Петрушенко, з/о нейрохирургии В.С. Иванова, доц. кафедры госпитальной педиатрии, клин. фармаколога Р.Н. Мавлеева, лечащего врача В.С. Филатова. У глубоко недоношенного ребенка с выраженным иммунодефицитом, гипокортицизмом отмечается течение воспалительного процесса ЦНС, вентрикулит, вызванный клебсиеллой. Чувствительность к основным а/б препаратам отсутствует. Ситуация осложняется прогрессированием внутренней окклюзионной гидроцефалии, причем не исключено разобщение боковых желудочков. На фоне повторных попыток дренирования ликвора отмечается нагноение наружных дренажей в короткие сроки после установки, в связи с чем, их пришлось удалить. Таким образом, сохраняется необходимость дренирования и санации желудочков мозга при высоком риске нагноения дренирующих систем на фоне сниженного иммунитета. В данной ситуации принято решение о проведении а/б терапии амикацином (селемицин) в/в через периферический венозный доступ, при невозможности – установка катетера центральной вены (однако присутствует риск нагноения); проведении контрольной РКТ на 11.07.13; проведении разгрузочных и санлирующих вентрикулярных пункций по мере необходимости с оценкой качественного состава ликвора, посевами на бак. флору и грибы. РКТ от 11.07.2013 в динамике уменьшение размеров правого бокового и третьего желудочков. увеличение размеров левого бокового желудочка на уровне переднего рога и тела, диффузное повышение плотностных

показателей содержимого правого бокового желудочка. По результатам РКТ и вентрикулярных пункций отмечается разобщение боковых желудочков – в расширенном левом боковом – цитоз 40 клеток, в спавшемся правом – гнойное содержимое. Принято решение о дренировании гнойного очага, в тоже время риск дислокации срединных структур диктует необходимость дренирования и левого бокового желудочка (установка субгалеостомы невозможна из за воспалительных изменений кожи головы). 12.07.13 Операции: «Наложение наружного дренажа переднего рога левого бокового желудочка». «Наложение наружного дренажа заднего рога правого бокового желудочка». Обсуждение совместно с клиническим фармакологом – к терапии подключен меропенем. С 18.07.13 к терапии подключен флуконазол, с 21.07.13 – отмена антибиотиков в/в, продолжается интратекальное введение. Осмотр эндокринолога в динамике, диагноз: Гипокортицизм недоношенных. Субклинический гипотиреоз. Рекомендовано: 1. Наблюдение в динамике; 2. Через 7-10 дней кортизол; 3. Кортэф 2,5 мг в ранние утренние часы; 4. Йодомарин 50 мкг x 1 раз в день, долго. В анализах ликвора отмечается снижение цитоза до 2.8 тыс, белок 39,3 г/л. Б/посев от 18.07.13 – роста микроорганизмов нет. В настоящее время признаков прогрессирования интракраниальной гипертензии нет. В ОАК лейкоцитоз со снижением до 12 ты., гемоглобин 122 г/л. ОАМ – без патологии. Почечно-печеночные пробы в норме, СРБ 0,42. Принято решение о выписки. Рекомендован контроль НСГ в динамике, при нарастании гипертензии – разгрузочные вентрикулярные пункции, по необходимости – решение вопроса о повторном дренировании. В настоящее время отмечается прогрессирующее увеличение окружности головы 40 см (+ 1,5 см за 10 дней). Госпитализируется по экстренным показаниям. РКТ головы – данные внутренней прогрессирующей гидроцефалии, изолированного левого бокового желудочков головного мозга, вентрикулита. 13.08.13 Вентрикулярная пункция слева – получен прозрачный, бесцветный ликвор, Рликв. 230 мм вод. ст. В анализах ликвора цитоз до 11 кл, лимфоцитарного характера, белок 3,9 г/л. Вентрикулярная пункция справа – мутный ликвор, желтого цвета, Рликв. 200 мм. В анализах ликвора цитоз 3800 кл, нейтрофильного характера, белок 54 г/л. 13.08.13 Операция: Установка наружного вентрикулярного дренажа справа. (хирург В.В. Фролов) В бактериологических анализах ликвора от 15.08.13 и 19.08.13 – роста нет. 22.08.13 Операция: Установка шунта Оммайя слева. (хирург В.В. Фролов). Послеоперационные раны чистые, без признаков воспаления. На фоне дренирования – отделяемого нет, н/вентрикулярный дренаж удален 28.08.2013. Контрольная РКТ головного мозга (09.09.2013) – данные абсцесса в проекции заднего рога правого бокового желудочка 25.09.2013 Операция: Пункция, санация абсцесса правой затылочной доли головного мозга (хирург Фролов В.В.). Послеоперационный период протекал без особенностей. Швы сняты на 10 сут. По НСГ в проекции ранее расположенного внутримозгового абсцесса очаговых изменений нет. 03.10.2013 Операция: Вентрикулоперитонеальное шунтирование слева, удаление шунта Оммайя слева (хирург Фролов В.В., Delta, Small, level 1.0). П/о рубцы без особенностей, швы сняты на 10 сут. По НСГ отмечается положительная динамика в виде уменьшения размеров боковых желудочков головного мозга. Выписана с улучшением. РКТ головы – данные энцефаломалии, отмечается положительная динамика в виде уменьшения размеров боковых желудочков головного мозга. Сохраняется кисты в проекции среднего мозга сагиттально и парасагиттально размерами справа 25/24мм, приблизительный максимальный размер срединной 37/32мм, слева 11/9мм. Совестное обсуждение с и.о. з/о В.С. Филатовым. Показаний к нейрохирургическим пособиям нет, вентрикулоперитонеальный шунт функционирует адекватно. Рекомендована контрольная нейровизуализация через 3 мес. РКТ головного мозга 09.09.14 - левый боковой желудочек расширен на уровне височного рога 12мм, на уровне тела 21мм. Правый боковой и третий желудочки четко не дифференцируются. Срединные структуры смещены вправо на 12мм. Наружные субарахноидальные пространства сужены. В проекции среднего мозга, сагиттально и парасагиттально определяются кистозная полость, распространяется вверх. В правой височно-теменной области облеяются обширные кистозные полости с перегородками. Зоны энцефаломалии в теменной области правого полушария головного мозга, меньшая по объему в левом полушарии. Конец вентрикулярного катетера локализуется у медиальной стенки левого бокового желудочка (упирается в вещество головного мозга). Заключение: По данным РКТ внутренняя гидроцефалия, энцефаломалия, поликистоз головного мозга, ВПШ. Учитывая данные РКТ имеет место поликистоз головного мозга, по всей видимости кисты правой теменной области изолированы, оказывают компрессию на срединные структуры. Для определения дальнейшей тактики показано проведение вентрикулографии. РКТ вентрикулография 11.09.14 - по результатам исследования контраст определяется в передних рогах боковых желудочков, немного изменилась плотность ликвора в кисте. Кисты левого полушария без контрастирования. Ребенку показано эндоскопическое вмешательство - фенестрация кист, включение кист в общий ликвороток. 12.09.14 Операция: «Наложение наружного вентрикулярного дренажа справа» (хирург – Фатыхова Э.Ф) (интраоперационно получен ликвор коричнево – красного цвета из кисты. ЛД - 90 мм вод. ст.) Контроль РКТ 16.09.14 - по данным РКТ внутренняя гидроцефалия, энцефаломалия, поликистоз головного мозга, ВПШ. По данным РКТ отмечается уменьшение кистозных полостей, ушло смещение срединных структур. Послеоперационный период протекал без особенностей. На фоне дренирования отмечается санация ликвора. Дренаж удален. Шунт функционирует адекватно. Осмотр окулиста (гл. дно) – ДЗН ОУ бледный, границы четкие, артерии сужены, вены расширены, извиты, сетчатка розовая, ПХРД после ЛСК, сетчатка розовая. РКТ контроль 08.10.14 - по данным РКТ внутренняя гидроцефалия, энцефаломалия, поликистоз головного мозга, ВПШ. Кистозные полости без увеличения, смещения срединных структур нет. Выписана без перемен. Настоящие жалобы в

течение 1 месяца после прохождения курса реабилитации в Чехии. Проведенные обследования: Рентгенография брюшной полости – ход шунта не прерывается, запас в брюшной полости достаточный. РКТ - по данным РКТ внутренняя гидроцефалия, энцефаломалиция, поликистоз головного мозга, ВПШ. Отмечается прогрессирующий рост кистозных полостей правой и левой гемисферы, смещение срединных структур влево. Показано хирургическое вмешательство – эндоскопическая фенестрация кист. У ребенка ранее оперированного по поводу вентрикулита, внутренней прогрессирующей гидроцефалии был установлен шунт. По данным РКТ имеются напряженные паренхиматозные кисты, оказывающие компрессию на структуры головного мозга и вызывающая дислокацию. Ребенку показано оперативное вмешательство – эндоскопическая фенестрация кисты, сообщение с ликворными пространствами. Перед вмешательством решено выполнить кистографию для уточнения сообщаемости кист. 04.02.15 - Операция: «Пункция кисты справа» (хирург - Фатыхова Э.Ф.). РКТ кистография - киста правой теменной области изолирована от кист левой теменной области. В анализах ликвора цитоз 7 кл., бело 1,4 г/л. 05.02.15 Операция: «Эндоскопическая фенестрация кист правого и левого полушария, ревизия шунта, замена вентрикулярного катетера по Портной» (вентрикулярный катетер установлен по эндоскопическим контролем из левого бокового желудочка через кисты срединной локализации) (хирург - Фатыхова Э.Ф.). В послеоперационном периоде положительная динамика. Отмечается регресс общемозговой симптоматики. РКТ контроль 04.02.15 – отмечается уменьшение всех кист, регресс смещения срединных структур. Вентрикулярный катетер стоит из левого бокового желудочка направо через срединные кисты. Отмечается появление субарахноидальных пространств. 25.05.15 РКТ головного мозга - по результатам РКТ отмечается уменьшение кист срединных структур, левого бокового желудочка. Киста в правой теменно-височной области без явной динамики. 08.07.15 жалобы на вялость, рвоту. 09.07.15 Операция: «Ревизия ВПШ слева» (хирург – Фатыхова Э.Ф.). В послеоперационном периоде положительная динамика. 13.07.15 УЗИ бр. полости - в области малого таза около 2,0 мл анэхогенной свободной жидкости, в левой подвздошной области около 10,0 мл. МРТ головного мозга 17.09.15 - по МРТ данным внутренняя гидроцефалия, поликистоз головного мозга. При сравнении МРТ с результатами РКТ от 08.07.2015 (на фоне дисфункции шунта) отмечается положительная динамика в виде уменьшения боковых желудочков, киста без динамики. Снимки МРТ обсуждены с зав. отд. В.С. Ивановым. Учитывая наличие отрицательной динамики с целью решения вопроса о дальнейшей тактике предложена вентрикулография для оценки ликвородинамики и сообщаемости ликворных путей. Родители от манипуляции и возможного оперативного вмешательства категорически отказались. О возможных последствиях и осложнениях предупреждены. Показаний к вмешательству в настоящее время нет. В настоящее время поступает на реабилитационную терапию.

Статус при осмотре: состояние субкомпенсированное, кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски, $t-36,6^{\circ}$, гемодинамика устойчива, дыхание самостоятельное.

Неврологический статус: в сознании, активная. Отставание в ПМР, но в динамике на фоне реабилитации отмечается значительное улучшение. Говорит, ходит самостоятельно. Зрачки равны, фотореакция живая. Сходящееся косоглазие. Движения в конечностях активные, рефлексы с конечностей высокие, равные. Спастический тетрапарез. Менингеальные знаки отрицательные.

Локально: помпа шунта прокачивается с залипанием. П/о рубцы без особенностей.

Рекомендации:

1. Наблюдение невролога, окулиста по месту жительства;
2. МРТ головного мозга в динамике
3. При ухудшении состояния (рвоты, судороги) - консультация нейрохирурга – cito!
4. Прохождение МСЭК.

Лечащий врач, к.м.н.

Зав. отделением, к.м.н.

Э.Ф. Фатыхова

В.С. Иванов

