



Государственное бюджетное учреждение  
"Научно-практический центр  
специализированной медицинской помощи детям  
имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ"

КАЛИНОВ НИКОЛАЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ № МК 2973-22-С

**ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

**Данные о пациенте и времени его пребывания в больнице**

Дата рождения: 31.01.2022 2 месяца, 15 дней

Адрес фактического пребывания:

Адрес по месту жительства (постоянной регистрации):

Телефон:

Источник финансирования: ОМС

Дата поступления в стационар: 07.04.2022 12:46

Пациент находился:

с 07.04.2022 13:25 - Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей и детей грудного возраста

Дата выписки из стационара: 15.04.2022 12:30

Кол-во койко-дней: 8 д

**Диагноз при поступлении**

**Основной диагноз:** Q05.9 Врожденный порок развития центральной нервной системы: Spina bifida пояснично-крестцового отдела позвоночника, неуточненная

**Конкурирующий диагноз:** P07.3 Недоношенность 29 недель. Постконцептуальный возраст 38 недель.

Первый ребенок из монохориальной биамниотической двойни.

**Сопутствующие заболевания:** Q74.8 Врожденный порок развития нижних конечностей: Двусторонняя косопласть, эктродактилия левой стопы

Q84.9 Врожденный порок развития кожных покровов: Недифференцированное кожное образование левой латеральной поверхности живота

P27.1 Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде, средне-тяжелое течение.

Дыхательная недостаточность 0-1 степени.

R91.0 Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы

R61.2 Анемия недоношенных, состояние после гемотрансфузии эр. взвеси 0 (III) Rh (+) 01.02.22г., 16.03.22г. K43.9

Спигелиевая грыжа слева без непроходимости или гангрены

K40.9 Паховая грыжа справа без непроходимости или гангрены

H35.2 Ретинопатия недоношенных 1 стадия, активная фаза

P23.8 Врожденная пневмония, вызванная другими возбудителями, реконвалесцент. Эпид номер: 22274482 от 31.01.22г.

**Диагноз при выписке**

**Основной диагноз:** Q05.8 Врожденный порок развития центральной нервной системы: Spina bifida крестцового отдела позвоночника без гидроцефалии

**Конкурирующий диагноз:** P07.3 Недоношенность 29 недель. Постконцептуальный возраст 39 недель. Первый ребенок из монохориальной биамниотической двойни

**Сопутствующие заболевания:** H35.2 Ретинопатия недоношенных 1-2 стадия, активная фаза

P27.1 Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде, средне-тяжелое течение. Дыхательная недостаточность 0 степени.

R91.0 Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы

R61.2 Анемия недоношенных, состояние после гемотрансфузии эр. взвеси 0 (III) Rh (+) 01.02.22г., 16.03.22г.

K43.9 Спигелиевая грыжа слева без непроходимости или гангрены

N43.3 Гидроцеле справа

K40.9 Паховая грыжа справа без непроходимости или гангрены

Q21.8 Открытое овальное окно. Дополнительная хорда левого желудочка.

Q65.0 Врожденный вывих бедра слева

Q66.9 Врожденная косопласть справа и слева

Q74.8 Врожденный порок развития нижних конечностей: Двусторонняя косопласть эктродактилия левой стопы от 31

P23.8 Врожденная пневмония, вызванная другими возбудителями, реконвалесцент. Эпид номер: 22274482

01.22г.

Q53.1 Неопущение яичка одностороннее (слева)

Q84.9 Врожденный порок развития кожных покровов: свищевой ход мягких тканей поясничной об

слева.

ласти

**Жалобы**

Мать активных жалоб при осмотре не предъявляет

**Анамнез заболевания**

Длительность заболевания: 2 мес, 7 д. Доставлен в стационар: в плановом порядке. Данное заболевание



впервые. Лечение: проводилось. Обследование: проводилось. Дополнительные сведения: состояние новорожденности тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью, неврологической симптоматикой в виде синдрома угнетения ЦНС, недоношенностью. С рождения ребенок на СРАР, заместительной целью вводился сурфактант. При осмотре обращают на себя внимание МВПП: двусторонняя косолапость, эктодактилия левой стопы, на боковой поверхности спины слева отверстие заканчивающееся слепо? с тупом, длиной 2 см, исходящим из отверстия, в области пояснично-крестцового отдела позвоночника - объемное образование 3 x 4 см в диаметре, мягкое при пальпации (менингоцеле? липома?, менее вероятно тератома?), соединенное с эпителиально-копчиковым ходом?. Для дальнейшего обследования, лечения и проведения респираторной терапии ребенок был переведен в ОРИТ № 1.

В отделении продолжена респираторная терапия СРАР, назначена АБ терапия (ампициллин+сульбактам). По нарастанию до 3 степени к концу 1 с.ж. переведен на ИВЛ. На основании клинико-лабораторных данных была диагностирована врожденная пневмония. в неврологическом статусе сохранялся синдром угнетения. Гемодинамика оставалась стабильной. Энтеральное питание усваивал в трофическом объеме.

В возрасте 8 суток жизни ребенок поступил в ОРИТ №2 на ИВЛ, зависимость от доп.О2 составляла 30%. Экстубирован на 15 сут. жизни, переведен на масочный СРАР, от О2 не зависел. С 22 сут. жизни на самостоятельном дыхании. Отмечались эпизоды апноэ.

Учитывая нарастание дыхательной недостаточности на 28 сут. жизни вновь потребовался перевод на СРАР. Недоношенному ребенку с длительно сохраняющейся зависимостью от респираторной поддержки и характерными рентгенологическими данными выставлен диагноз БЛД.

В возрасте 21 сут. жизни в связи с развившимся желудочным кровотечением проводилась гемостатическая терапия, энтеральная пауза. при попытке возобновить энтеральную нагрузку - рецидив желудочного кровотечения на 26 сут. жизни.

С 1 мес. 7 сут. жизни ребенок переведен на самостоятельное дыхание + дополнительно О2 диффузно. С 1 мес. 8 сут. жизни кислороднезависим. Гемодинамика оставалась стабильной.

В неврологическом статусе преобладал синдром угнетения с эпизодами возбуждения. В возрасте 1 мес. жизни отмечался эпизод выраженного возбуждения, опекулярные пароксизмы - назначен сибазон. Был выставлен диагноз: Неонатальные судороги. Терапия возобновлялась в возрасте 1 мес. 3 сут. жизни в течение 2 суток, далее сибазон отменен. в динамике судорог не отмечалось, противосудорожную терапию не получал.

С 1 мес. 2 сут. жизни энтеральная нагрузка возобновлена, далее усваивал с постепенным расширением объема.

С целью коррекции анемии проводилась гемотрансфузия эр.взвесью (III) Rh (+) 01.02.22г., 16.03.22г. Вводился иммуноглобулин человеческий 01.02.-02.03.22г. Было проведено комплексное обследование и лечение.

Консультирован специалистами:  
Невролог: Церебральная ишемия 2 степени.

Генетик ( в динамике): У ребенка с множественными пороками развития каудального отдела позвоночника, аномалиями нижних конечностей нельзя исключить синдромальную форму патологии. Дифференцировать между синдромом каудальной дисгенезии и синдромом Курарино.

Консультирован нейрохирургом Текоевым А.Р.: На пояснично-крестцовом уровне имеется менингоцеле в диаметре 3-4 см, без признаков ликвореи. На боковой поверхности спины слева отверстие, заканчивающееся слепо, без ликвореи. В настоящее время экстренное хирургическое вмешательство не показано. Плановое хирургическое вмешательство после стабилизации состояния.

Окулист: ОУ Ретинопатия недоношенных 1 ст., пре+, активная фаза.

21.03.22г. в возрасте 1 мес. 7 сут.жизни ребенок поступил в неонатологическое отделение в состоянии средней степени тяжести за счет умеренной дыхательной недостаточности, симптомов инфекционного токсикоза на фоне текущей пневмонии, неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения ЦНС. Было проведено комплексное обследование и лечение.

На фоне лечения отмечалась положительная динамика, но учитывая окончание курса а/б терапии, сохраняющиеся клинико-лабораторные, инструментальные признаки текущего воспалительного процесса требовалась смена а/б терапии на цефепим. Учитывая лабораторные признаки анемии проводилась стимуляция эритропоэза с положительным эффектом. Диуретическая терапия (спиронолактон 3 мг/кг/сут ), терапия кофеином завершена в возрасте 1 мес.23 сут. жизни. Пневмония разрешилась клинически и рентгенологически в возрасте 2 мес. 5 сут. жизни. В неврологическом статусе стал активнее. Судорог, апноэ не отмечалось. Бронхолегочная дисплазия в стадии ремиссии. анемия скорректирована. Энтеральное питание с расширением объема, усваивает по 50 мл сцеженного молока матери x 8 р/сутки, через соску/зонд.

В весе прибавляет.

Ребенок консультирован профессором кафедры ФДПО М.И. Медведевым; Спина-бифида пояснично-крестцовой локализации. Порок развития левой стопы. Грыжевое образование. Рекомендован перевод в много-профильный стационар для обследования и лечения.

07.04.22г. в возрасте 2 мес. 7 сут. жизни по договоренности с зав. ОПНД Ишутиной Ю.Л. ребенок переводится в ГБУЗ "НПЦ спец.мед. помощи детям ДЗМ" с диагнозом: Врожденная пневмония, вызванная другими возбудителями ( реконвалесцент). Врожденная аномалия неуточненная МВПП: Spina bifida пояснично-крестцового отдела позвоночника, недифференцированное кожно-образное образование левой латеральной поверхности живота, двусторонняя косолапость, эктодактилия левой стопы. Другие случаи недоношенности. Недоношенность 29 недель, 1 из двойни. Ишемия мозга 2 ст. Анемия недоношенных Спигелиева грыжа слева. ОУ Ретинопатия недоношенных 2 ст., пре- плюс, активная фаза. Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде, среднетяжелое течение, ремиссия.



Цель госпитализации: второй этап выхаживания, уточнение диагноза, определение дальнейшей тактики лечения

Тип госпитализации: в плановом порядке.

### Анамнез жизни

#### Общие данные

Родители (заболевания): мать: Калинова Екатерина Александровна 15.08.1979г.р., с отягощенным соматическим ( о. пиелонефрит, о. цистит в детстве, хр. бронхит (ремиссия), хр. гастрит (гастрит), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, миопия слабой степени) и гинекологическим ( миома матки, в 2021г. РДВ + ГСК диагностическая ) анамнезами.

RW, ВИЧ, гепатиты от 28.09.21г.: Отрицательно. Бак. посевы - данных нет.. Предыдущие беременности: 1-я беременность - настоящая, 6 попытка ЭКО. № беременности: 1. № родов: 1. Родоразрешение: кесарево. Роды: преждевременные. Предлежащая часть плода: ягодичное. Течение беременности: 1-й триместр - принимала ЛП (дюфастон, утрожестан, эутирокс, дивигель); 2-й триместр - ПГТ не проводился, 2-й скрининг в норме. Угроза прерывания, анемия (получила препараты железа). Госпитализация в ПЦ №24 в 22 недели - маловодие 1 плода, вентрикуломегалия 1 ребенка, анемия 1 степени. Гестационные отеки.

Со слов матери заболела COVID-19 за 3 дня до родоразрешения. Течение родов: 1-е преждевременные оперативные роды в 29,3 недели гестации в 42 года монохориальной биамниотической двойней в тазовом предлежании 1 плода. ВПР 1 плода. Презклампися тяжелая. Первичное бесплодие, ЭКО. Анемия 1 степени. Длительность: 29 нед; Обвитие пуповины: нет.

Группа крови: В(III) третья; Резус: Rh + (Положительный).

Состояние новорожденного

Вес при рождении: 1150 гр; Рост: 37 см; Шкала Апгар: 5/6 баллов. Ребенок: недоношенный. Закричал сразу: да. Реанимационные мероприятия: проводились. Сурфактант: да.

### Анамнез жизни

Реакция на: нет.

Перенесенные заболевания: •Другие типы апноэ у новорожденного.

•Кандидоз новорожденного.

•Желудочное кровотечение.

•Некротизирующий энтероколит у плода новорожденного 26.

Дополнительные сведения: Родился недоношенный мальчик 31.03.22г. в 12:23 на 29 неделе гестации в ГБУЗ "ГКБ №24 ДЗМ".

При рождении: масса 1150 г, длина 37 см, окружность головы 28 см, окружность груди 26 см.

Оценка по шкале Апгар: 5/6 баллов.

Вакцинация: против гепатита "В", против туберкулеза " БЦЖ-М" не проведена - мед.отвод.

Пассивная иммунизация против РС-инфекции: Паливизумаб 26 мг в/м, 24.03.22г.

Неонатальный скрининг: на 06.02.22г., 13.02.22, МКВ 04.03.22г.

Аудиоскрининг от 06.04.22г.: прошел с обеих сторон

Кардиоскрининг проведен 03.02.22г.: Отрицательный.

### Эпидемиологический анамнез

Контакта с инфекционными больными или носителями не было.

### Состояние при поступлении

#### Неонатологический статус.

Общие сведения

ЧДД: 42 /мин; Ритм: регулярный. Пульс: 140 /мин; Общее состояние: удовлетворительное. Реакция на осмотр: умеренным повышением двигательной активности, глаза открывает, зрачки симметричные, реакция на свет сохранена, потягивается, зевает. За истекшие сутки: улучшение. Активность сосания: активное. Срыгивание: нет. Тип вскармливания: грудное. Энтеральное питание: сцеженное молоко матери по 70-90 мл x 8 р/сутки, через соску в полном объеме. Крик: средней силы. Голос: звонкий. Беспокойство: периодическое. Тепло: удерживает недостаточно, согрет. Поза: полуфлексии. Двигательная активность: умеренная. Швы: расхождение по сагиттальному шву до 0.3см. Кости черепа: податливые. Форма головы: конфигурирована. Большой родничок размер № 1: 3 см; Размер № 2: 3 см; Малый родничок размер № 1: 0,3 см; Размер №2: 0,3 см; Дополнительные сведения: голова уплощена с обеих сторон. Сторона: с обеих сторон. Оценка: понижен. Рефлексы новорожденного: вызываются, нестойкие, умеренно снижены. Глаза открывает: да. Фиксация взора: нет. Нистагм: нет. Телосложение: правильное. Видимые пороки развития: В нижнем отделе поясничной и крестцовой области опухолевидное образование мягкоэластической консистенции (напряженное при плаче ребенка), 1,5 x 1,5 x 0,5 см, без болезненное, кожа не истончена и без признаков воспаления.

В области подвздошного гребня слева слепо заканчивающееся отверстие с тяжем длиной 2 см, отделяемого нет.

По передне-боковой стенке живота грыжевое выпячивание, без признаков ущемления.

В паховой области справа грыжевое выпячивание, без признаков ущемления.

Двусторонняя косолапость (варусная установка стоп), эктодактилия левой стопы, разгибание в коленных суставах затруднено. Гипоплазия мышц нижних конечностей.

Кожный покров и слизистые

Цвет кожи: бледно-розовый с умеренным "мраморным" кожным рисунком, чистые. Симптом бледного пятна 2 с; Тургор: снижен. Цианоз: носогубного треугольника, отмечается при нагрузке. Высыпания: нет. Наличие отеков: отсутствуют. Другие изменения кожи и подкожной клетчатки: развита слабо, распределена



равномерно. Окраска склер: бледно-розовый. Кровоизлияния: нет. Отделяемое из глаз: нет. Другие слизистые: обычной окраски, чистые. Пупочная ранка: другое. Дополнительные сведения: эпителизирована Пупочные сосуды: не пальпируются. Параумбиликальный валик: не изменен. Явления полового криза: нет. Костная система  
Ключицы: целы. Разведение бедер: в полном объеме. Симптом соскальзывания: отрицательный. Кривошея: нет.  
Органы дыхания  
Грудная клетка: обычной формы, симметричная. Дыхание через нос: свободно. При санации верхних дыхательных путей: не требует. Одышка: нет. Втяжение уступчивых мест при дыхании: межреберий. Аускультативно: проводится во все отделы, пуарильное. Хрипы: нет. Крепитация: нет. Проводные хрипы: нет.  
Сердечно-сосудистая система  
ЧСС: 140 /мин; Тоны сердца: приглушенные. Ритм: правильный. Шум: не выслушивается. Наполнение пульса: удовлетворительное. Локализация: на магистральных сосудах.  
Органы пищеварения  
Цвет языка: розовый. Чистота полости рта: чистая. Форма: округлая. Вздутие: умеренно. Живот при пальпации: мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень: выступает из-под края реберной дуги. Выступление из-под края реберной дуги: +1 см. Селезенка: не пальпируется. Анус: есть. Перистальтика кишечника: нормальная. Стул: самостоятельный, по предыдущим суткам был 3 раза. Консистенция: кашицеобразный. Характер стула: желтый. Примеси: нет.  
Мочевыделительная система  
Наружные половые органы: сформированы по мужскому типу, соответственно сроку гестации. Яички в мошонке: справа. Не определяются: слева. Мочеиспускание: свободное. Диурез: достаточный. Цвет мочи: светло-желтая. Примеси, осадок: нет.

#### **Объективный статус.**

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Питание: через соску. Дополнительные сведения: Ребенок продолжает выхаживаться в кроватке, на совместном пребывании с матерью, не лихорадит, в дотации дополнительного кислорода не нуждается, оксигенируется устойчиво. Мать активных жалоб не предъявляет.

На осмотр реагирует умеренным повышением общей двигательной активности, зеваает, потягивается, глаза открывает, взгляд не фиксирует, не прослеживает. Крик средней силы, эмоционально окрашен. Мышечный тонус дистоничный. Рефлексы периода новорожденности вызываются, нестойкие. Разгибание в коленных суставах затруднено. Менингеальной, общемозговой и патологической глазной симптоматики при осмотре нет. Судорог и эпизодов апноэ не отмечалось. Большой родничок не напряжен.

#### **Местный, локальный статус.**

Локальный статус: В нижнем отделе поясничной и крестцовой области опухолевидное образование мягкоэластической консистенции (напряженное при плаче ребенка), 1,5 x 1,5 x 0,5 см, без болезненное, кожа не истончена и без признаков воспаления.

В области подвздошного гребня слева слепо заканчивающееся отверстие с тяжем длиной 2 см, отделяемого нет.

По передне-боковой стенке живота грыжевое выпячивание, без признаков ущемления.

В паховой области справа грыжевое выпячивание, без признаков ущемления.

Двусторонняя косолапость (варусная установка стоп), эктодактилия левой стопы, разгибание в коленных суставах затруднено. Гипоплазия мышц нижних конечностей.

#### **Инструментальные исследования**

##### **Нейросонография. 08.04.2022 13:56**

Описание: Рисунок извилин и борозд визуализируется, сохранен.

Субарахноидальные пространства не расширены.

Ширина межполушарной щели 2,8 мм, не расширена.

Полость прозрачной перегородки 3 мм, не расширена.

Мозолистое тело визуализируется.

##### **Боковые желудочки:**

Передние рога: левый 14 мм, правый 14,7 мм

ширина передних рогов АБ = 32 мм

глубина тел: левое 4 мм, правое 2,3 мм

затылочные рога: левый 17,7 мм, правый 14 мм

Ширина III желудочка- 2,6 мм

Глубина IV желудочка – 6 мм

Глубина большой затылочной цистерны – 5 мм

##### **Подкорковые ганглии:**

Эхогенность – не повышена

Эхоструктура - не изменена

##### **Перивентрикулярная область:**



Эхогенность – умеренно повышена  
Эхоструктура - однородная

Сосудистые сплетения симметричные, однородные, контуры ровные.  
Скорость кровотока по вене Галена 7,9 см/сек, по ПМА 86 см/с ИР 0,82.

Заключение: Асимметрия боковых желудочков за счет легкой дилатации левых отделов. Постгипоксические изменения перивентрикулярных зон. Повышение скоростных показателей магистральных артерий головы.

**Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 08.04.2022 14:02**

Описание: ПЕЧЕНЬ: Правая доля 57 мм, левая доля 39 мм, не увеличена. Контуры ровные, структура однородная, эхогенность обычная, сосудистый рисунок не изменен.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: Размеры- 21x4 мм. Просвет чистый. Стенки не утолщены, не уплотнены. Общий желчный проток не расширен.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: не увеличена. Контуры ровные, четкие, структура однородная, эхогенность обычная.  
Вирсунгов проток не расширен.

СЕЛЕЗЕНКА: Размеры- 39x21мм, не увеличена. Контуры ровные, включений нет.

Заключение: Эхо-признаков патологических изменений органов брюшной полости на момент осмотра не выявлено.

**Ультразвуковое исследование органов мошонки. 08.04.2022 14:19**

Описание: Левое яичко на момент осмотра определяется в паховом канале, несколько компримируется гетерогенным содержимым в просвете расширенного канала.

Структура яичка однородная, контуры ровные, частично нечеткие.

Размеры: 10x6,8x8 мм, объем = 0,3 см<sup>3</sup>

Головка придатка: не увеличена, структура сохранена.

Включений нет.

Левый паховый канал расширен 15-17 мм в просвете определяется гетерогенное содержимое – петли кишечника.

Правое яичко на момент осмотра определяется в мошонке.

Структура яичка сохранена, контуры ровные, четкие.

Размеры: 10,5x5,5x7 мм, объем = 0,2 см<sup>3</sup>.

Головка придатка: не увеличена, структура сохранена.

Включений нет.

В межболоочечном пространстве определяется свободная жидкость объемом 1,5 мл.

Суммарный объем яичек = 0,5 см<sup>3</sup>

При ЦДК васкуляризация не нарушена.

Заключение: Эхо – признаки левостороннего крипторхизма, паховой грыжи слева, небольшого гидроцеле справа.

ЭКГ. 08.04.2022 16:36

Номер исследования: 2973/опнд.

Заключение: Некорректное снятие ЭКГ! Переснять!

**Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов у новорожденных. 08.04.2022 16:42**

Заключение: Задержка развития тазобедренных суставов с обеих сторон. Тип II А.

Описание: Слева:

Крыша сустава глубокая

Головка бедренной кости постоянно центрирована, при функциональной пробе с внутренней ротацией приведенного бедра подвижна

Структура головки не изменена

Ядра окостенения не определяются

Мягкие ткани - капсула имеется

Лимбус не смещается

угол альфа -60 (N>60), угол бета - 59 (N<55)



Справа:  
Крыша сустава глубокая

Головка бедренной кости постоянно центрирована, при функциональной пробе с внутренней ротацией приведенного бедра подвижна

Структура головки не изменена

Ядра окостенения не определяются

Мягкие ткани - капсула имеется

Лимбус не смещается

Угол альфа- 60 (N>60), угол бета- 59 (n≤55)

**Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона). 08.04.2022 16:50**

Описание: В области пояснично-крестцового отдела позвоночника определяется объемное гипэхогенное образование, с четкими ровными контурами неоднородной структурой, внутри образования определяются оболочки спинного мозга. Величина образования 30x20x40 мм (менингоцеле), открытая спина бифида.

В проекции передне-латеральной стенки живота определяется гиперэхогенное образование, величиной 20x5x15 мм с гипэхогенным включением, размерами 5x3x7 мм, с четкими ровными контурами, умеренно неоднородной структурой, с умеренно выраженным уровнем кровотока в режиме ЦДК.

**ЭКГ переносным аппаратом в палатах стационара и др.помещениях ЛПУ по вызову (вне кабинета ЭКГ); в том числе по cito. 11.04.2022 16:24**

Номер исследования: 2973.

ЧСС: 157-166.

Ритм: синусовый.

Положение ЭОС: отклонена вправо.

Интервал PQ: 0,09 с;

Длительность QRS: 0,06 с;

Интервал QT: 240 milliseс;

Интервал QTc: 390 milliseс;

Заключение: Умеренная синусовая тахикардия, чсс 157-166 уд в 1мин, эос отклонена вправо.

**Магнитно-резонансная томография головного мозга. 12.04.2022 13:56**

Повторное: да.

Контрастное усиление: не проводилось.

Аппарат: Toshiba Vantage Titan 3T.

Описание: На сериях МРТ головного мозга в стандартных режимах, на фоне продолжающейся миелинизации белого вещества больших полушарий и подкорковых структур, перивентрикулярно переднего рога левого бокового желудочка определяется участок изоинтенсивный по МР-сигналу с серым веществом, размерами 8,5x8x4,5мм. Других участков патологического изменения МР-сигнала от суб- и супратенториальных структурах не выявлено.

Рисунок коры больших полушарий правильный, демаркация мозгового вещества на серое и белое удовлетворительная. Индекс открытости латеральных щелей повышен.

Смещения срединных структур нет. Мозолистое тело истончено. Боковые желудочки умеренно асимметрично расширены (D<S). Определяется полость Верге, III и IV желудочки в норме. Водопровод мозга проходим. Субарахноидальные конвекситальные пространства прослеживаются. Определяются скопления ликвора в расширенных латеральных щелях. Церебелломедулярная цистерна умеренно расширена.

Хиазмально-селлярная область без особенностей.

Область краниовертебрального перехода без особенностей. Дистопии миндалин мозжечка нет.

На сериях МРТ всех отделов позвоночника и спинного мозга в стандартных режимах и режиме ликворографии выявляется дефект задней стенки позвоночного канала на уровне S3-Coc позвонков (7x6мм) с пролабированием в него ликворного содержимого, включая оболочки и корешки конского хвоста, образуя грыжевой мешок размерами 9x7x10мм.

Определяется минимальное расширение центрального канала спинного мозга на нижнегрудном и поясничном уровнях (до 1мм). Конус спинного мозга не сформирован в типичном месте, фиксирован в крестцовом канале. Корешки конского хвоста слабо дифференцируются. Субарахноидальные пространства свободны.

Физиологические изгибы позвоночника сглажены. Тела позвонков правильной формы. Межпозвонковые диски не снижены по высоте и интенсивности МР-сигнала.

Заключение: Субпендимальная гетеротопия серого вещества в области переднего рога левого бокового желудочка. Асимметричная вентрикуломегалия боковых желудочков. Spina bifida posterior и менингоцеле на уровне крестца. Фиксированный спинной мозг. Расширение центрального канала спинного мозга.



**Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел). 12.04.2022 13:58**

Повторное: нет.

Контрастное усиление: не проводилось.

Аппарат: Toshiba Vantage Titan 3T.

Описание: На сериях МРТ головного мозга в стандартных режимах, на фоне продолжающейся миелинизации белого вещества больших полушарий и подкорковых структур, перивентрикулярно переднего рога левого бокового желудочка определяется участок изоинтенсивный по МР-сигналу с серым веществом, размерами 8,5x8x4,5мм. Других участков патологического изменения МР-сигнала от суб- и супратенториальных структурах не выявлено.

Рисунок коры больших полушарий правильный, демаркация мозгового вещества на серое и белое удовлетворительная. Индекс открытости латеральных щелей повышен.

Смещения срединных структур нет. Мозолистое тело истончено. Боковые желудочки умеренно асимметрично расширены (D<S). Определяется полость Верге. III и IV желудочки в норме. Водопровод мозга проходим. Субарахноидальные конвекситальные пространства прослеживаются. Определяются скопления ликвора в расширенных латеральных щелях. Черепелломедулярная цистерна умеренно расширена.

Хиазмально-селлярная область без особенностей.

Область краниовертебрального перехода без особенностей. Дистопии миндалин мозжечка нет.

На сериях МРТ всех отделов позвоночника и спинного мозга в стандартных режимах и режиме ликворографии выявляется дефект задней стенки позвоночного канала на уровне S3-Coc позвонков (7x6мм) с пролабированием в него ликворного содержимого, включая оболочки и корешки конского хвоста, образуя грыжевой мешок размерами 9x7x10мм.

Определяется минимальное расширение центрального канала спинного мозга на нижнегрудном и поясничном уровнях (до 1мм). Конус спинного мозга не сформирован в типичном месте, фиксирован в крестцовом канале. Корешки конского хвоста слабо дифференцируются. Субарахноидальные пространства свободны.

Физиологические изгибы позвоночника сглажены. Тела позвонков правильной формы. Межпозвоночные диски не снижены по высоте и интенсивности МР-сигнала.

Заключение: Субэпендимальная гетеротопия серого вещества в области переднего рога левого бокового желудочка. Асимметричная вентрикуломегалия боковых желудочков. Spina bifida posterior и менингоцеле на уровне крестца. Фиксированный спинной мозг. Расширение центрального канала спинного мозга.

Заключение: Субэпендимальная гетеротопия серого вещества в области переднего рога левого бокового желудочка. Асимметричная вентрикуломегалия боковых желудочков. Spina bifida posterior и менингоцеле на уровне крестца. Фиксированный спинной мозг. Расширение центрального канала спинного мозга.

**Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел). 12.04.2022 13:58**

Заключение: Субэпендимальная гетеротопия серого вещества в области переднего рога левого бокового желудочка. Асимметричная вентрикуломегалия боковых желудочков. Spina bifida posterior и менингоцеле на уровне крестца. Фиксированный спинной мозг. Расширение центрального канала спинного мозга.

**Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел). 12.04.2022 13:58**

Заключение: Субэпендимальная гетеротопия серого вещества в области переднего рога левого бокового желудочка. Асимметричная вентрикуломегалия боковых желудочков. Spina bifida posterior и менингоцеле на уровне крестца. Фиксированный спинной мозг. Расширение центрального канала спинного мозга.

**Ультразвуковое исследование почек, надпочечников, забрюшинного пространства. 08.04.2022 14:03**

Заключение: На момент исследования патологических изменений визуализированных органов не выявлено.

Описание: НАДПОЧЕЧНИКИ: не увеличены, контуры ровные, структура сохранена, дополнительных образований в области надпочечников не выявлено.

ПОЧКИ:

Левая почка расположена типично. Контуры ровные.

Размеры: 41x22 мм, паренхиматозный слой 7 мм

ЧЛС не уплотнена, не расширена.

Кровоток прослеживается до капсулы.

Правая почка расположена типично. Контуры ровные.

Размеры: 38x20 мм, паренхиматозный слой 6 мм

ЧЛС не уплотнена, не расширена.

Кровоток прослеживается до капсулы.

**Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов у новорожденных. 12.04.2022 17:17**

Заключение: эхографические признаки дисплазии правого тазобедренного сустава, эхографические признаки вывиха левого тазобедренного сустава

Описание: УЗИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ



**ПРАВЫЙ ТБС:**

Костный выступ значительно сглажен. Глубина вертлужной впадины: значительно сглажена.  
 Головка бедренной кости находится в вертлужной впадине. Ядро окостенения не определяется.  
 Угол:  $\alpha$  – 60 градусов,  $\beta$  – 51 градус

**ЛЕВЫЙ ТБС:**

на момент осмотра головка бедренной кости определяется вне вертлужной впадины, головка ротирована  
 кпереди. Вертлужная впадина плоская. Провокационные пробы не проводились.

**Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 12.04.2022 17:25**

Описание: при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза:

- органы гепатопанкреатодуоденальной зоны - не изменены
- паховый канал справа расширен на всем протяжении, в его проекции и в проекции мошонки определяются фрагменты кишки, правое яичко в мошонке, по структуре и размерам соответствует возрасту
- левый паховый канал значительно укорочен, представлен практически внутренним паховым кольцом, в его проекции определяется фрагмент кишки, у внутреннего пахового кольца в проекции брюшной полости определяется левое яичко обычной формы, размеров и экзогенности
- определяется уменьшение в размерах и снижение дифференцировки обеих порций пояснично-подвздошной мышцы и уменьшение в размерах тела и крыла подвздошной кости
- в проекции мягких тканей поясничной области слева определяется свищевой ход, идущий от поверхности кожи каудально к крылу левой подвздошной кости и заканчивающийся слева. Перифокальных изменений мягких тканей не определяется.

**Эхокардиография. 13.04.2022 14:22**

Описание: Левый желудочек: КДР- 16,8 мм, ТЗСЛЖд- 3,3 мм,  
 КСР- 10,2 мм, ТЗСЛЖс 5,7 мм, ФВ- 73 %, ФУ 39 %,

Правый желудочек:- 4,2 мм

Межжелудочковая перегородка: характер движения правильный.

Толщина перегородки в систолу 5,4 мм, в диастолу 2,7 мм.

Межпредсердная перегородка: ООО с лево-правым сбросом до 2,5 мм.

Левое предсердие: 10,6 мм

Правое предсердие: 11,4 мм

Митральный клапан: створки тонкие, подвижные, движение разнонаправленное.

Vmax 0,79 м/с.  $\Delta P_{max}$  2,5 мм.рт.ст. Регургитация 1 ст.

Трикуспидальный клапан: створки тонкие, подвижные.

Vmax 0,39 м/с.  $\Delta P_{max}$  0,61 мм.рт.ст. Регургитация 1 ст.

Аортальный клапан: створки тонкие, подвижные, клапан трехстворчатый.

Vmax 0,66 м/с.  $\Delta P_{max}$  1,78 мм.рт.ст.

Восходящая аорта 8,5 мм; нисходящая грудная аорта 6,2 мм;

Vmax в нисходящей грудной аорте 0,92 м/с.  $\Delta P_{max}$  3,41 мм.рт.ст.

Легочный клапан: створки тонкие, подвижные.

Vmax 0,66 м/с.  $\Delta P_{max}$  1,78 мм.рт.ст. Регургитация 1 ст.

Легочная артерия: 8,2 мм

Нижняя полая вена 3,9 мм, коллабирует больше чем на 50% от исходящего диаметра.

Перикард без особенностей.

Заключение: структуры сердца сформированы правильно. Полости сердца не расширены. Сократительная способность миокарда в пределах нормы. ООО. ДХЛЖ.

**Ультразвуковое исследование мочевого пузыря. 14.04.2022 15:12**

Описание: Мочевой пузырь: наполнение неудовлетворительное, объем 2 мл, стенки не утолщены, просвет  
 гомогенный.

**Лабораторные исследования****Определение общего белка. 08.04.2022 09:13**

Название теста	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Определение общего белка	39,7	г/л	64-82

**Определение альбумина. 08.04.2022 09:13**

Определение альбумина	22,4	г/л	34-50
-----------------------	------	-----	-------

**Определение аланинаминотрансферазы (АЛТ). 08.04.2022 09:13**

Определение аланинаминотрансферазы (АЛТ)	42	ЕД/л	16-63
--	----	------	-------

**Определение аспартатаминотрансферазы (АСТ). 08.04.2022 09:13**

Определение аспартатаминотрансферазы (АСТ)	70	ЕД/л	15-37
--	----	------	-------



**Определение щелочной фосфатазы. 08.04.2022 09:13**

Определение щелочной фосфатазы	797	ЕД/л	46-116
--------------------------------	-----	------	--------

**Определение глюкозы. 08.04.2022 09:13**

Определение глюкозы	3.3	ммоль/л	4,1-5,9
---------------------	-----	---------	---------

**Определение железа (Fe). 08.04.2022 09:13**

Определение железа (Fe)	6.2	мкмоль/л	9,0-31,3
-------------------------	-----	----------	----------

**Определение хлора. 08.04.2022 09:13**

Определение хлора	106,5	ммоль/л	95-108
-------------------	-------	---------	--------

**Определение калия общего. 08.04.2022 09:13**

Определение калия общего	4,58	ммоль/л	3,6-5,5
--------------------------	------	---------	---------

**Определение натрия общего. 08.04.2022 09:13**

Определение натрия общего	137,3	ммоль/л	135-155
---------------------------	-------	---------	---------

**Определение мочевины. 08.04.2022 09:13**

Определение мочевины	0.8	ммоль/л	2,5-6,4
----------------------	-----	---------	---------

**Определение креатинина. 08.04.2022 09:13**

Определение креатинина	35	мкмоль/л	53-115
------------------------	----	----------	--------

**Определение билирубина общего. 08.04.2022 09:13**

Определение билирубина общего	9.0	мкмоль/л	3,0-17,0
-------------------------------	-----	----------	----------

**Определение билирубина прямого (конъюгированного) моноглюкоронида и диглюкоронида. 08.04.2022 09:13**

Определение билирубина прямого (конъюгированного) моноглюкоронида и диглюкоронида	3.2	мкмоль/л	0-3,0
---	-----	----------	-------

**Определение белков острой фазы С-реактивный белок. 08.04.2022 09:13**

Определение белков острой фазы С-реактивный белок	<2	мг/л	0-9
---	----	------	-----

**D-димер. 08.04.2022 09:46**

D-димер	<0,2	мг/л	<0,2
---------	------	------	------

**Коагулограмма (госпитальный скрининг) (комплекс). 08.04.2022 09:46**

Концентрация фибриногена	1,44	г/л	1,8-3,5
Тромбиновое время	21,9		14-21 сек
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	29,5		21,1-28,1 сек
МНО	1,08		0,85-1,15
Протромбиновое время	79,8	%	70-130% по Квику

**Общий клинический анализ крови (общий анализ + СОЭ), микроскопическое исследование мазка крови при выявлении патологии. 08.04.2022 10:24**

Количество эритроцитов (RBC)	3,58	$10^{12}/л$	муж 4,0-5,0 жен 3,9-4,7
Гемоглобин (HGB)	98	г/л	муж 130-160 жен 120-140
Гематокрит (HCT)	0,313	л/л	0,370-0,540
Средний объем эритроцита (MCV)	87,4	фл	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	27,4	пг	27-37
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	313	г/л	300-380
Ширина распределения эритроцитов по объему (RDW)	16,8	%	11,5-14,5
Количество тромбоцитов (PLT)	343	$10^9/л$	180-320
Средний объем тромбоцитов в крови (MPV)	12,2	фл	7,4-10,4
Количество лейкоцитов (WBC)	11,81	$10^9/л$	4,0-9,0
Относительное количество нейтрофилов	9,8	%	48-78
Абсолютное количество нейтрофилов	1,16	$10^9/л$	2,04-5,80



Относительное количество лимфоцитов (LYM%)	74,3	%	19-37
Абсолютное количество лимфоцитов (LYM#)	8,78	10 <sup>9</sup> /л	1,2-3,0
Относительное количество моноцитов (MON%)	13,5	%	3-11
Лимфоциты	76	%	19-37
Моноциты	14	%	3-11
Эозинофилы	1	%	0,5-5,0
Нейтрофилы сегментоядерные	7	%	47-72
Нейтрофилы палочкоядерные	2	%	1-6
Скорость оседания эритроцитов (по Панченкову)	2	мм/ч	муж 2-10 жен 2-15
Абсолютное количество базофилов	0,09	10 <sup>9</sup> /л	0-0,065
Относительное количество базофилов	0,8	%	0-1
Абсолютное количество эозинофилов	0,19	10 <sup>9</sup> /л	0,02-0,30
Относительное количество эозинофилов	1,6	%	0,5-5,0
Абсолютное количество моноцитов (MON#)	1,59	10 <sup>9</sup> /л	0,09-0,60

**Группа крови, резус-принадлежность. 08.04.2022 11:13**

Реакция Кумбса Непрямая (гель-фильтрация)	антиэритроцитарные антитела не выявлены	антиэритроцитарные антитела не выявлены
Резус система D (гель-фильтрация)	Rh(+) положительный	
Исследование антигенов эритроцитарных по системе ABO (групповая принадлежность крови), стандартное фенотипирование по антигенам АВ и агглютиниnam альфабета (гель-фильтрация)	AB(IV) четвертая	

**Фенотипирование антигенов системы резус и антигенов других минорных групп. 08.04.2022 11:13**

Исследование антигена эритроцитарного K1 по системе Kell, типирование (гель-фильтрация)	Kell(-) отрицательный	
Исследование антигенов эритроцитарных по системе Rh, фенотипирование по антигенам системы резус (D, C, E, c, e) (гель-фильтрация)	C+c+D+E-e+	

**Клинический анализ мочи. 11.04.2022 11:53**

Цвет	св/ж	желтый
Прозрачность	полная	полная
Удельный вес	1015	1010-1030
pH	7,0	5,5-7,0
Белок полуколичественно	0	г/л 0-0,120
Глюкоза полуколичественно	0	ммоль/л 0,1-0,8
Бактерии	нет	в п/зр нет
Кристаллы	нет	в п/зр нет
Слизь	нет	в п/зр нет
Цилиндры	0	в п/зр 0
Эритроциты	0	в п/зр 0
Лейкоциты	0-2	в п/зр 0-3
Эпителий	плоский мало	в п/зр плоский единичные
Уробилиноген качественно	норма	ммоль/л 5-17 (норма)
Билирубин полуколичественно	0	ммоль/л 0
Кетоновые тела количественно	0	ммоль/л 0

**Исследование газов, оксиметрии крови. 14.04.2022 09:20**

BE - избыток оснований	-4,7	ммоль/л	-2,0-2,0
SBC- стандартный бикарбонат крови	-5,2	ммоль/л	-1,5-3,0



сНСО3 — концентрация бикарбоната ацидоза/алкалоза	20,5	мМоль/л	22,0-26,0
Hct	29,7		32,0-49,0
tO2 — общее содержание кислорода крови	12,3		16,0-22,0
p50 — 50% насыщение гемоглобина кислородом	23,98		24,00-28,00
FHbF — фракция фетального гемоглобина в крови	57		0-2
FMetHb — фракция метгемоглобина в крови	1,5		0,2-0,6
FHb — фракция восстановленного гемоглобина в крови	7,1		2,0-6,0
FCOHb — фракция карбоксигемоглобина в крови	0,6		0,0-0,8
FO2Hb — фракция оксигемоглобина в крови	90,8		94,0-98,0
sO2 — насыщение кислородом крови	92,7		95,0-99,0
tHb — концентрация общего гемоглобина в крови	96		120-175
pO2 — парциальное давление кислорода в крови	60,4		60,0-80,0
pCO2 — парциальное давление углекислого газа в крови	28,9		32,0-48,0
pH — кислотно-основное состояние крови	7,422		7,350-7,450

#### Исследование электролитов крови. 14.04.2022 09:20

Cl- — концентрация ионов хлора в крови	111	мМоль/л	98-106
Ca2+ — концентрация ионов кальция в крови	1,60	мМоль/л	1,13-1,32
Na+ — концентрация ионов натрия в крови	140	мМоль/л	138-148
K+ — концентрация ионов калия в крови	5,2	мМоль/л	3,7-5,3

#### Исследование метаболитов крови. 14.04.2022 09:20

Lac — концентрация лактата	2,4	мМоль/л	0,5-1,6
Glu — концентрация глюкозы	6,2	мМоль/л	3,9-5,9
ctBil — концентрации билирубина	19	мкмоль/л	0-21

#### Консультация специалиста

**Врач-генетик.** 08.04.2022

МЕЩЕРЯКОВА Т. И.

Заключение: Множественные врожденные пороки развития. Синдром каудальной регрессии?

Рекомендации: МРТ позвоночника

Повторная консультация генетика.

Дополнительные сведения: Лицевой дизморфизм, широкий большой родничок, врожденный сколиоз, объемное образование в пояснично-крестцовой области, размерами 4 см x 3 см, мягкое и безболезненное при пальпации, кожные покровы не изменены, ликвореи нет.

В области подвздошного гребня слева слепо заканчивающееся отверстие с тяжем длиной 2 см, отделяемого нет.

По передне-боковой стенке живота грыжевое выпячивание.

В паховой области справа грыжевое выпячивание.

Двусторонняя косолапость (варусная установка стоп), эктрадактилия левой стопы, разгибание в коленных суставах затруднено. Брахидактилия стоп, крипторхизм слева.

Состояние органов желудочно-кишечного тракта

Рвота: нет.

**Врач - офтальмолог.** 11.04.2022

СУХАНОВА И. В.

Визометрия: Vis OD/OS = ребенок спит.

Биомикроскопия: OU - Кожа век нормальной окраски, положение век правильное; смыкание полное.

Ресничный край век не изменен, рост ресниц правильный. Слезные точки выражены. Выделения из слезных точек при пальпации области слезного мешка нет. Положение глазного яблока в орбите правильное.

Биомикроскопия: OU - конъюнктив не гиперемирована, отделяемого нет. OU Роговица: опалесцирует, сосуды отсутствуют. Передняя камера: мелкая, содержимое прозрачное. OU: Радужная оболочка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок округлой формы, медикаментозный мидриаз.

OU- хрусталик прозрачный. Стекловидное тело прозрачное.

Офтальмоскопия: OU Глазное дно (широкий зрачок): фон розовый, диск зрительного нерва бледно-розовый.



границы четкие, округлой формы, пигментная кайма вокруг диска зрительного нерва. Макулярная зона формируется. Вены умеренно полнокровные, незначительно извиты с височной стороны. Видимая периферия аваскулярная часть 2-3 зоны аваскулярны. На границе с аваскулярной зоной линия отграничения, с формированием вала пролиферации. Аваскулярная зона серая.

Диагноз: Клинический Сопутствующий Ретинопатия недоношенных 1-2 стадия, активная фаза. (H35.2)

Рекомендации: осмотр офтальмологом каждые 7 дней.

**Врач-невролог. 11.04.2022**

РОТАНОВА Р. И.

Уровень сознания: ясное. Вегетативные нарушения: лабильность кожных вегетативных реакций.

Дополнительные сведения: Лицевой дизморфизм, широкий большой родничок, врожденный сколиоз, объемное образование в пояснично-крестцовой области, размерами 4 см x 3 см, мягкое и безболезненное при пальпации, кожные покровы не изменены, ликвореи нет. Дисфония: крик при осмотре не демонстрирует. Глазные щели: равные. Величина и симметрия зрачков: D=S. Менингеальный синдром: не выявлен. Нистагм: отсутствует. Движение глазных яблок: содружественное. Роговичные рефлексы: D=S. Реакция зрачков на свет: в норме. Экстрапирамидные нарушения: тремор. Чувствительность лица: сохранена. Мимическая мускулатура: лицо симметрично. Слух: ориентировочно не изменен. Глотание: дисфагия соматогенная ( глоточные рефлексы+). Чувствительная сфера: болевые и тактильные реакции с ног +. Конечности: верхние-интактны; ноги- варусная установка с гипотрофией мышц голени контрактурами голеностопных суставов и . Мышечный тонус: понижен. Сухожильные рефлексы конечностей: с рук средней живости с ; с ног коленные торпидные. ахилловы не вызвались . Патологические знаки: дистальный парез ног . Трофические расстройства: гиперемия кожи в зоне спинномозговой грыжи крестцово - крестцового отдела. Функциональные возможности пациента: несостоятельность автоматизма сосания. Дополнительные сведения: Рефлексы периода новорожденности: поисковый +; хоботковый+/-; сосательный+; АШТР + с несостоятельностью реализации в ногах с двух сторон; Галанта+; подошвенные разгибательные отсутствуют; сгибательные + \ ( сомнительно +).

Эмоции: проявляет мимикой неудовольствия. Судорог не отмечено за весь период наблюдения в отделении.

Диагноз: Клинический Конкурирующий Недоношенность 29 недель. Постконцептуальный возраст 39 недель. Первый ребенок из монохориальной биамниотической двойни (P07.3)

Клинический Сопутствующий Ретинопатия недоношенных 1 стадия, активная фаза (H35.2)

Клинический Основной Врожденный порок развития центральной нервной системы: Spina bifida пояснично-крестцового отдела позвоночника, неуточненная . Синдром каудальной регрессии?. (Q05.9)

Рекомендации: 1. МРТ исследование всех отделов ЦНС .

2. консультации специалистов (планово; с результатами МРТ исследования ): ортопеда ; генетика ; нейрохирурга . Цель : уточнение диагноза и определение специализированной тактики ведения пациента.

3. ЭНМГ с нижних конечностей.

4 наблюдение невролога в динамике- осмотр с результатами обследования

Заключение: У пациента с пороками развития ЦНС( синдромом каудальной регрессии ?) на данный момент в клиническом неврологическом статусе выявлены : синдром дисфагии , смешанного генеза; нижний дистальный парализ и дисфункция органов малого таза ( каломазание); вегетативная дисфункция смешанного генеза ( фон недоношенность). Варусная деформация нижних конечностях с эктродактилией левой стопы . Судорог нет. Получает витаминотерапию и трофную терапию. Специализированных назначений в настоящее время по неврологическому статусу не требует..

**Врач - детский уролог-андролог. 12.04.2022** Врач - детский уролог-андролог

Локальный статус: ребенок с множественными врожденными пороками развития, асимметрией правой и левой половин туловища, визуально левая половина уменьшена, расщепление стопы слева на уровне фаланговых сочленений, варусная деформация с приведением стоп с обеих сторон, нарушение структуры левого тазобедренного сустава с отсутствием центрирования головки, гипоплазия мышц передней брюшной стенки слева. Визуально при крике ребенка через переднюю брюшную стенку слева в пахово-подвздошной области контурируются кишечные петли, яичко слева визуализируется при натуживании в брюшной полости проекционно на уровне глубокого пахового кольца. При осмотре на уровне гребня подвздошной кости слева определяется свищевое отверстие без отделяемого. По данным УЗИ возможно проследить свищевой ход до гребня подвздошной кости слева, окружающие ткани не изменены, жидкостного компонента походу свищевых ходов нет.

Справа в паховой области при натуживании образование размером около 4 см эластичное вправляющееся в брюшную полость с урчанием

В пояснично крестцовой области по средней линии образование размером 3-4 см с неизменной над ним кожей и меняющее цвет при напряжении, мягко-эластичной консистенции - спино-мозговая грыжа ( по результатам МРТ).

Заключение: в настоящее время ребенку с множественными врожденными пороками развития, крипторхизмом слева, паховой грыжей справа, наличием свищевых ходов слева показано динамическое наблюдение в связи с отсутствием острой хирургической патологией.

Рекомендации: 1. консультация ортопеда.

**Врач-генетик. 13.04.2022** Врач-генетик

Заключение: Ребенок был осмотрен повторно с результатами МРТ головного и спинного мозга.

Учитывая клинические данные и данные МРТ можно установить диагноз: синдром каудальной регрессии.



Рекомендации: Наблюдение ортопеда, уролога, офтальмолога.

**Врач - травматолог-ортопед. 13.04.2022**

Пациент находится под наблюдением в ОПННД с диагнозом: множественные аномалии и пороки развития.

Врожденная косолапость справа и слева (Q66.9)

Врожденный порок развития нижних конечностей: Двусторонняя косолапость, актродактилия левой стопы (Q74.8)

Врожденный вывих бедра слева (Q65.0)

Рекомендации

Лечение врожденной косолапости и врожденного вывиха левого бедра в этапных гипсовых повязках в специализированном стационаре

Плановая реконструкция левой стопы (устранение врожденной аномалии стопы слева)

Динамическое наблюдение ортопеда

**Врач - детский кардиолог. 13.04.2022**

Диагноз: Клинический Сопутствующий Открытое овальное окно (Q21.8)

Рекомендации: ЭКГ и ЭхоКГ в динамике через 3мес

осмотр кардиолога по месту жительства с результатами

в дополнительных назначениях не нуждается.

**Врач-нейрохирург. 13.04.2022**

Локальный статус: В нижнем отделе поясничной и крестцовой области опухолевидное образование мягкоэластической консистенции (напряженное при плаче ребенка), 1,5 x 1,5 x 0,5 см, без болезненное, кожа не истончена и без признаков воспаления.

Диагноз: Клинический Основной Spina bifida в крестцовом отделе без гидроцефалии (Q05.8)

Заключение: Учитывая клиническую картину (отсутствие изменений кожи над грыжевым мешком), и данные МРТ (см. описание) в настоящее время показаний к нейрохирургическому вмешательству нет.

Рекомендации:

Наблюдение у невролога по месту жительства.

Наблюдение у уролога по месту жительства.

Регулярные гигиенические мероприятия в области грыжевого мешка.

МРТ всех отделов ЦНС через 5-6 месяцев и последующая консультация нейрохирурга с результатами обследования.

#### **Описание лечения**

- Режим: лечебно-охранительный. Кроватка с подогревом. Совместное пребывание с матерью. Мониторинг витальных функций организма.

- Энтеральное питание: сцеженное молоко матери по 50 мл x 8 р/сутки, через соску/зонд, с постепенным переходом на кормление через соску и расширением разового объема питания до 60 мл

- С целью коррекции анемического синдрома: железо гидроксид из расчета 6 мг/кг/сутки в 2 приёма - 07.04.22, железо гидроксид из расчета 8 мг/кг/сутки в 2 приёма , токоферол ацетат 50 мг x 1р/сутки , фолиевая кислота по 300 мкг x 2р/сутки - с 08.04.22 по настоящее время

- С трофной целью: левокарнитин 60 мг x 2р/сутки с 08.04.22 по настоящее время

- С целью профилактики рахита: колекальциферол по 1000 МЕ x 1р/сутки с 07.04.22 по настоящее время

- С пробиотической целью: б/бактерин с 09.04.22 по настоящее время

#### **Состояние при выписке**

##### **Объективный статус.**

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Питание: через соску. Дополнительные сведения: Ребенок продолжает выхаживаться в кроватке, на совместном пребывании с матерью, не лихорадит, в дотации дополнительного кислорода не нуждается, оксигенируется устойчиво. Мать активных жалоб не предъявляет.

На осмотр реагирует умеренным повышением общей двигательной активности, зевает, потягивается, глаза открывает, взгляд не фиксирует, не прослеживает. Крик средней силы, эмоционально окрашен. Мышечный тонус дистоничный. Рефлексы периода новорожденности вызываются, нестойкие. Разгибание в коленных суставах затруднено. Менингеальной, общемозговой и патологической глазной симптоматики при осмотре нет. Судорог и эпизодов апноэ не отмечалось. Большой родничок не напряжен.

Состояние органов желудочно-кишечного тракта

Рвота: нет.

##### **Неонатологический статус.**

Общие сведения

ЧДД: 42 /мин; Ритм: регулярный. Пульс: 140 /мин; Общее состояние: удовлетворительное. Реакция на осмотр: умеренным повышением двигательной активности, глаза открывает, зрачки симметричные, реакция на свет сохранена, потягивается, зевает. За истекшие сутки: улучшение. Активность сосания: активное. Срыгивание: нет. Тип вскармливания: грудное. Энтеральное питание: сцеженное молоко матери по 70-90 мл x 8 р/сутки, через соску в полном объеме. Крик: средней силы. Голос: звонкий. Беспокойство: периодическое. Тепло: удерживает недостаточно, согрет. Поза: полуфлексии. Двигательная активность: умеренная. Швы: расхождение по сагитальному шву до 0,3см. Кости черепа: податливые. Форма головы: конфигурирована. Большой родничок размер № 1: 3 см; Размер № 2: 3 см; Малый родничок размер № 1: 0,3 см; Размер №2: 0,3 см; Дополнительные сведения: голова уплощена с обеих сторон. Сторона: с обеих сторон. Оценка: понижен. Рефлексы новорожденного: вызываются, нестойкие, умеренно снижены. Глаза



открывает: да. Фиксация зрения: нет. Нистагм: нет. Телосложение: правильное. Видимые пороки развития: опухолевидное образование мягкоэластической консистенции (напряженное при плаче ребенка), 1,5 x 1,5 x 0,5 см, без болезненного, кожа не истончена без признаков воспаления.

В области подвздошного гребня слева слепо заканчивающееся отверстие с тяжем длиной 2 см, отделяемого нет.

По передне-боковой стенке живота грыжевое выпячивание, без признаков ущемления.

В паховой области справа грыжевое выпячивание, без признаков ущемления. Двусторонняя косолапость (варусная установка стоп), эктодактилия левой стопы, разгибание в коленных суставах затруднено. Гипоплазия мышц нижних конечностей.

Кожный покров и слизистые  
Цвет кожи: бледно-розовый с умеренным "мраморным" кожным рисунком, чистые. Симптом бледного пятна: 2 с. Тургор: снижен. Цианоз: носогубного треугольника, отмечается при нагрузке. Высыпания: нет. Наличие отеков: отсутствуют. Другие изменения кожи и подкожной клетчатки: развита слабо, распределена равномерно. Окраска склер: бледно-розовый. Кровоизлияния: нет. Отделяемое из глаз: нет. Другие слизистые: обычной окраски, чистые. Пупочная ранка: другое. Дополнительные сведения: эпителизирована. Пупочные сосуды: не пальпируются. Параумбиликальный валик: не изменен. Явления полового криза: нет.

Костная система  
Ключицы: целы. Разведение бедер: в полном объеме. Симптом соскальзывания: отрицательный. Кривошея: нет.

Органы дыхания

Грудная клетка: обычной формы, симметричная. Дыхание через нос: свободно. При санации верхних дыхательных путей: не требует. Одышка: нет. Втяжение уступчивых мест при дыхании: межреберий. Аускультативно: проводится во все отделы, пуэрильное. Хрипы: нет. Крепитация: нет. Проводные хрипы: нет.

Сердечно-сосудистая система

ЧСС: 140 / мин; Тоны сердца: приглушенные. Ритм: правильный. Шум: не выслушивается. Наполнение пульса: удовлетворительное. Локализация: на магистральных сосудах.

Органы пищеварения

Цвет языка: розовый. Чистота полости рта: чистая. Форма: округлая. Вздутие: умеренно. Живот при пальпации: мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень: выступает из-под края реберной дуги. Выступление из-под края реберной дуги: +1 см. Селезенка: не пальпируется. Анус: есть. Перистальтика кишечника: нормальная. Стул: самостоятельный, по предыдущим суткам был 3 раза. Консистенция: кашицеобразный. Характер стула: желтый. Примеси: нет.

Мочевыделительная система

Наружные половые органы: сформированы по мужскому типу, соответственно сроку гестации. Яички в мошонке: справа. Не определяются: слева. Мочеиспускание: свободное. Диурез: достаточный. Цвет мочи: светло-желтая. Примеси, осадок: нет.

#### **Местный, локальный статус.**

Локальный статус: В нижнем отделе поясничной и крестцовой области опухолевидное образование мягкоэластической консистенции (напряженное при плаче ребенка), 1,5 x 1,5 x 0,5 см, без болезненного, кожа не истончена и без признаков воспаления.

В области подвздошного гребня слева слепо заканчивающееся отверстие с тяжем длиной 2 см, отделяемого нет.

По передне-боковой стенке живота грыжевое выпячивание, без признаков ущемления.

В паховой области справа грыжевое выпячивание, без признаков ущемления.

Двусторонняя косолапость (варусная установка стоп), эктодактилия левой стопы, разгибание в коленных суставах затруднено. Гипоплазия мышц нижних конечностей.

#### **Исход и результат госпитализации**

Исход госпитализации: улучшение

Результат госпитализации: выписан из стационара

Дополнительная информация: Серологическое исследование крови на TORCH инфекцию + ПЦР от 12.04.22 - в работе

При выписке:

Вес ребенка: 2138г

Рост ребенка: 38см

Окружность головы: 28см

Окружность груди: 26см

#### **Заключение**

За время пребывания ребенка в стационаре проведено обследование, уточнен клинический диагноз, проведено лечение. По данным МРТ-исследования выявлены: субэпендимальная гетеротопия серого вещества в области переднего рога левого бокового желудочка, асимметричная вентрикуломегалия боковых желудочков, Spina bifida posterior и менингоцеле на уровне крестца. Фиксированный спинной мозг. Расширение центрального канала спинного мозга. Ребенок консультирован нейрохирургом, в настоящее время показаний к нейрохирургическому вмешательству нет. Показано проведение МРТ всех отделов ЦНС через 5-6 месяцев с последующей консультацией нейрохирурга и определением сроков планового



и эмоциональной активности, ребенок адаптирован к кормлению через соску в полном объеме, сохраняется мышечная гипотония, гипорефлексия, признаки вегетативной дисфункции. Сердечно-легочная деятельность стабильна. Энтеральное кормление: сцеженное молоко матери по 50-60 мл усваивает через соску, не срыгивает, в весе прибавляет. Признаков инфекционного токсикоза и видимых очагов инфекции нет. Состояние ребенка удовлетворительное, может быть выписан домой.

Контакты с инфекционными больными в период госпитализации: не было.

Прогноз для жизни: благоприятный

Прогноз для восстановления здоровья: неопределенный

### **Рекомендации**

#### **Дополнительно:**

Наблюдение у врача-специалиста:

- Наблюдение педиатра по месту жительства.
- Наблюдение невролога по месту жительства.
- Наблюдение ортопеда в поликлинике по месту жительства.
- Наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства.
- Наблюдение кардиолога в поликлинике по месту жительства.
- Наблюдение уролога в поликлинике по месту жительства.
- Осмотр офтальмологом каждые 7 дней по месту жительства
- Консультация нейрохирурга через 5-6 мес после проведения контрольного МРТ исследования.

Лекарственная терапия:

- С целью профилактики рахита: колекальцеферол по 1000МЕ x 1р/сутки - с месяца жизни - длительно
- С целью коррекции анемического синдрома: железа гидроксид из расчёта 8 мг/кг/сутки в 2 приёма - по 8мг \*2р/сутки (по 3 кап x 2р/сутки), токоферол ацетат 50 мг x 1р/сутки, фолиевая кислота по 300 мкг x 2р/сутки - 2 недели
- С трофной целью: левокарнитин 60 мг x 2р/сутки - 6 недель.

Другие рекомендации:

- Энтеральное питание: сцеженное молоко матери по 50-60 мл на кормление через соску, при необходимости докармливать адаптированной молочной смесью для недоношенных детей, с постепенным расширением разового объёма питания под контролем усвоения
- Профилактические прививки по индивидуальному календарю
- Контроль НСГ через 1 месяц с последующей консультацией невролога в поликлинике по месту жительства
- Контроль ЭХО-КГ и ЭКГ через 1 месяц с последующей консультацией <sup>кардиолога</sup> невролога в поликлинике по месту жительства
- Проведение ЭНМГ с нижних конечностей в плановом порядке
- Лечение врожденной косолапости и врожденного вывиха левого бедра в этапных гипсовых повязках в специализированном стационаре
- Плановая реконструкция левой стопы (устранение врожденной аномалии стопы слева) в плановом порядке
- Регулярные гигиенические мероприятия в области кожи грыжевого мешка, при появлении мацерации или отделяемого из грыжевого мешка - консультация нейрохирурга
- Проведение МРТ всех отделов ЦНС через 5-6 месяцев и последующая консультация нейрохирурга с результатами обследования
- С диагностической целью: ОАК (уровень гемоглобина), б/х анализ крови (уровень железа) через 2 недели с последующей консультацией педиатра в поликлинике по месту жительства

Пациент выписан под амбулаторное наблюдение в поликлинике по месту жительства в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, либо в ином специализированном медицинском учреждении по выбору граждан – на договорной основе в соответствии с действующим законодательством РФ.

ГБУЗ «НПЦ спец. мед помощи детям ДЗМ»: г. Москва, ул. Авиаторов, д. 38, тел. (499) 638-35-01. Сайт: <http://npcmed.ru>,

Тел. ОПННД (ординаторская) 499-730-98-45(46)  
Электронная почта [patnovnpc@mail.ru](mailto:patnovnpc@mail.ru)

### **Данные о трудоспособности**

В листке нетрудоспособности не нуждается.

### **Сведения о лечащем враче и заведующем отделением**

ФИО врача: Иванова Надежда Сергеевна / Врач - педиатр

ФИО Заведующего отделением: Ишутина Юлия Леонидовна / Заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей - врач-неонатолог



По уходу за ребенком круглосуточно в стационаре находил(ся)ась родитель, Калинова Екатерина Александровна

Врач-неонатолог /  / ИВАНОВА НАДЕЖДА СЕРГЕЕВНА

Заведующий отделением - врач-неонатолог /  / ИШУТИНА ЮЛИЯ ЛЕОНИДОВНА

