

Выписка из истории развития ребенка

Козлова Михаила Константиновича, 06.08.2011г.р.,
проживающего г. Озерск, Челябинской области,

бабушка Немогаева Татьяна Николаевна.

Наблюдается неврологом с диагнозом: Обширная пилоидная астроцитома хиазмально - селлярной области, состояние после оперативного лечения, остаточная опухоль без явного прогрессирования. (D33.0). Оклюзионная, внутренняя гидроцефалия, состояние после повторных шунтирующих операций. Спастический тетрапарез, преимущественно слева с ограничением функции ходьбы. Симптоматическая мультифокальная эпилепсия, с редкими приступами. Атрофия зрительных нервов.

Ребенок от первой, протекавшей физиологично беременности, первых, срочных оперативных родов. Масса при рождении 2700, рост 48 см, вскармливание искусственное.

Аntenатально, на 35 неделе беременности выявлена опухоль головного мозга. Сразу после рождения проведена КТ, которая диагностировала наличие крупной опухоли хиазмы. В 3 месяца, 01.11.2011 проведена операция ВПШ справа в НХО г.Челябинска. В 4 месяца 15.12.2011 в НИИ НХ им.Бурденко выполнена операция частичного удаления опухоли хиазмально-селлярной области. Морфологическое заключение: пилоидная астроцитома, ИМ Ki -67 до 5%, с кровоизлияниями. ХТ не проводилась. Наблюдался, стал поворачиваться на бок, тянуться за игрушкой, улыбаться. С февраля 2012 потеря веса, ухудшение самочувствия, признаки декомпенсации гипертензионного синдрома, учащение приступов, утрата приобретенных навыков. Заподозрена дисфункция шунтирующей системы, отмечалось скопление жидкости в брюшной полости. В НПЦ помощи детям проведены операции: 21.05.2012 перевод перитонеального катетера ВП- шунта в наружный дренаж, эвакуировано 680мл асцитической жидкости; 21.06.2012 – перевод вентрикулоперитонеального шунта в вентрикулоатриальный. Наблюдается в ФНКЦ детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д.Рогачева нейрохирургом, нейроонкологом, неврологом, нейроофтальмологом, проводится МРТ 1раз в 12 месяцев. По данным МРТ от 22.09.2016 данных за продолженный рост опухоли, метастазирование нет. В декабре 2016, апреле 2017 реабилитация в ЛРНЦ «Русское поле», получил водолечение, Войта – терапию, ароматерапию, механотерапию, индивидуальную разработку суставов, массаж. Получает реабилитационное лечение амбулаторно, постоянно принимает противосудорожную терапию с подбором новых препаратов, коррекцией дозы. Наблюдается эпилептологом, регулярно проводится ЭЭГ-видеомониторинг. Судорожные приступы до 2 -5 раз в день, учащение на громкие звуки, испуг. В настоящее время принимает депакин-хроносферу 750мг/сутки, кеппру 1200мг/сутки, зонегран 75 мг/сутки. По ЭЭГ от 14.04.2017 положительная динамика в виде снижения индекса представленности и амплитуды эпилептиформной активности. Пользуется таторами, корсетом, головодержателем, ортопедической обувью, вертикализатором, аппаратом на нижние конечности. Занимается плаванием в бассейне 3 раза в неделю, Войта-терапией. Получает курсы гепатопротекторов, ферментов, диуретиков. Постоянно принимает L-тироксин 100 мг, кортеф 7,5 мг; диферелин 1 раз в 28 дней. С сентября 2015 выписаны очки для постоянного ношения. Сохраняются выраженные двигательные нарушения в виде спастического тетрапареза, зрительные расстройства, судорожные приступы. В феврале – марте 2017 перенес ОРВИ, осл. о. внебольничной правосторонней верхнедолевой пневмонией. В июле 2017 оздоровление в

санатории «Карагайский бор», в октябре 2017 в ЛРНЦ «Русское поле», в мае и ноябре 2017 в санатории «Адели» в Словакии.

Неврологический статус: 25,7 кг, рост 124 см. Состояние тяжелое по основному заболеванию. Двигательная активность резко снижена, поворачивается на правый бочок с помощью, влево самостоятельно. При осмотре контакт затруднен, сонлив. Голова гидроцефальной формы. ЧМН: зрачки $D = S$. Взгляд не фиксирует, движения глазных яблок дискоординированы. Глазные щели: $D \geq S$, носогубные складки асимметричны. Нистагм горизонтальный с ротаторным компонентом. Глощает протертую пищу. Гиперсаливация. Разворот головы вправо. Язык в полости рта. Постоянные жевательные, сосательные движения, усиливающиеся при возбуждении. Мышечный тонус $D = S$, снижен в мышцах спины, плечевого пояса, живота, повышен по гемитипу слева, больше в дистальных отделах. Спастический тетрапарез, с началом формирования контрактур голеностопных суставов, больше слева. Сухожильные и периостальные рефлексы $D \leq S$, высокие с рук, с ног с расширением зон вызывания. Брюшные рефлексы $D = S$, с ржivosti. Патологические рефлексы Бабинского, периодически спонтанные с 2-х сторон. ПМР: голову удерживает уверенно, утомляется, переворачивается с помощью, сидит "по турецки", утомляется, с опорой на спинку достаточно долго, стоит с поддержкой, не ходит. Передвигается на ходунках. Эмоционален, улыбается, трет глаза, уши.

Ребенок нуждается в реабилитационном лечении в условиях специализированного реабилитационного центра с применением кинезиотерапии, физиотерапии, логопедической коррекции, офтальмологической коррекции, в постоянном приеме противосудорожных препаратов (вальпроевой кислоты -депакина -хроносферы, леветирацетама в виде кеппры, зонисамида - зонеграна), использовании средств ортопедической коррекции, диспансерном наблюдении врачей специалистов НИИ НХ им.Бурденко, НПЦ медицинской помощи детям, ФНКЦ детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д.Рогачева, проведении обследований, МРТ головного мозга планово, учитывая отсутствие данного вида обследования в условиях ЦМСЧ-71.

Невролог

Обухова С.Н.

Заведующая детской поликлиникой

Бабушкина Л.И.

02.02.2018

