



ГБУЗ ТОДКБ « Тамбовская областная детская клиническая больница»

Рылеева 80 Пс- неврологическое отделение тел 58-04-10

Выписка из истории болезни №12222

СУЗДАЛЬЦЕВА КСЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА 22.05.2014г.р.находилась на лечении с 26.12 по 05.01.2019 г

Диагноз: Симптоматическая эпилепсия фокальная с вторичной генерализацией
Детский церебральный паралич ,спастическая диплегия с левосторонней акцентуацией. на фоне ВПР головного мозга (мальформация Денди-Уокера, шизэнцефалия правой теменной области.) Частичная атрофия зрительных нервов. Задержка психоречевого развития

Поступила с жалобами на возобновление судорог на фоне постоянно проводимой противосудорожной терапии) получает депакин хроно сфера по 200 два раза в день

Ночью мама услышала храпящее дыхание, обильное слюнотечение, отмечалась остановка взора, по скорой помощи доставлена в ГБУЗ ТОДКБ

Судороги повторились в отделении в 2 час 24 мин- судороги в жевательной мускулатуре, затем тонико- клонические судороги , в м введен сибазон 2.мл. Больше судороги не повторялись

27.11. 2018 проведен ВИДЕОЭЭГ мониторинг в г Москва

Заключение: В состоянии бодрствования и во сне регистрируются периодическое региональное замедление дельта, тета диапазона в левой лобной области периодически с распространением на левую центрально- височную область, реже на гомологичные электроды правого полушария. В правой центрально- теменной области. В состоянии бодрствования регистрируется эпилептиформная активность в виде спайков, острых волн, комплексов пик-волна, острая медленная волна в левой лобной области периодически с распространением на левую височную область. В правой центрально- теменной области периодически с распространением на гомологичные электроды левого полушария. Во сне регистрируется эпилептиформная активность в виде спайков, острых волн, комплексов пик-волна, острая медленная волна. Индекс представленности эпилептиформности во сне на отдельных эпохах – записи достигают 70% в целом не превышают 50-60%

Эпилептиформная активность по своей морфологии на отдельных эпохах записи соответствуют доброкачественным эпилептиформным паттернам детства ДЭПД.

Неоднократно лечилась в н/о. Последняя госпитализация 30.10.2018г по 22.11.2018г

Диагноз: Детский церебральный паралич ,спастическая диплегия с левосторонней акцентуацией. на фоне ВПР головного мозга (мальформация Денди-Уокера, шизэнцефалия правой теменной области.)

Симптоматическая фокальная эпилепсия с вторичной генерализацией приступов. Частичная атрофия зрительных нервов. Задержка психоречевого развития.

Анамнез жизни и болезни:

Заболевания матери: эрозия шейки матки, пиелонефрит в анамнезе.

Данная беременность по счету 1-я протекала на фоне ФПН, маловодия.

С 7 нед УПБ – проводилась плазматрансфузия. За время беременности получила массивную АБ терапию. При бак. посевах мазка из влагалища выделена E.coli, чувствительная к назначенной АБ терапии. Роды: в сроке 24-25 нед, оперативные – частичная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение, острая в/у гипоксия плода.

Вес при рождении: 670 г. Рост: 30 см. Окр. гол. – 23 см. Окр. груди – 19 см. Оценка по шкале Апгар: 4/5/7 баллов. Реанимационная помощь в родзале: санация ВДП, интубация трахеи, курсурф. С рождения состояние ребенка очень тяжелое за счет ДН 3 ст, выраженного синдрома угнетения ЦНС на фоне глубокой незрелости. В первые сутки госпитализирована в

ОРИТН ГБУЗ «ТОДКБ» С поступления на ИВЛ с жесткими параметрами. Отмечалась выраженная морфофункциональная незрелость (по Ballard – 22-23 нед.). В динамике отмечалось нарастание анемии, на 3-и сутки жизни по жизненным показаниям проводилась трансфузия ЭМОЛФ. Перфорация полого органа, проводился лапароцентез, дренирование брюшной полости (02.06.14 г.), релапароцентез, дренирования брюшной полости (06.06.14); разлитой каловый перитонит. На фоне интенсивного лечения перитонит разрешился. Сформировалась тяжелая БЛД.

В неврологическом статусе длительно сохранялись симптомы угнетения, отмечалось увеличение окружности головы, расхождение сагитального шва. По данным НСГ, ПВЛ кистозная трансформация, 22.08.2014г. в возрасте 2-х мес 28 дней жизни переведена в ОПННД для дальнейшего лечения, где находилась с 22.05.2014г. по 28.10.2014г. с диагнозом:

1. Ранний неонатальный сепсис, септицемия: пневмония, омфалит, флебит пупочной вены, энтероколит.

2. Последствие ишемически-геморрагического поражения ЦНС(ВЖК 3-4 степени с обеих сторон, ПВЛ): внутренняя гидроцефалия, ПВЛ- кистозная трансформация, синдром угнетения;

Осложнения: СДР смешанного типа. Перфорация полого органа. Состояние после лапароцентеза, дренирования брюшной полости (02.06.14 г.), релапароцентеза, дренирования брюшной полости (06.06.14); разлитой каловый перитонит. Постгипоксическая нефропатия. Анемия. Бронхолегочная дисплазия, новая постсурфактантная форма, тяжелое течение. (ДН 0-1 в настоящее время).

Солутств: родовая травма мягких тканей(множественные экхимозы). Постгипоксическая кардиопатия, МПС, НК0; пупочная грыжа, паховая грыжа слева. Недоношенность (24/25 н.б., 670 г);

После выписки из ОПН наблюдались у невролога с диагнозом: ПЭП синдром двигательных нарушений. Задержка темпов-развития Внутренняя гидроцефалия

, у кардиолога по поводу постгипоксической кардиопатии МАРС

В 9 месяцев консультирована в МНТК. Диагноз: нисходящая частичная атрофия зрительных нервов. Нистагм. Данных за ретинопатию недоношенных нет

Неоднократно лечилась в отделении раннего возраста .

По данным МРТ головного мозга 2015г- картина варианта аномалии Денди- Уокера , ассоциированная с шизэнцефалией правой теменной области ,частичная агенезия мозолистого тела с явлениями вентрикуломегалии и постгипоксической перивентрикулярной лейкопатии

ЭЭГ- депрессивный характер ЭЭГ

С 28.09.16 по 03.10.16 в 1х.о. проведено грыжесечение левосторонней паховой грыжи.

В ноябре 2016г (с 27.11. по 12.12.16г) проведено оперативное лечение по поводу острой спасочной кишечной непроходимости.

Развитие с задержкой

В декабре 2017г появились приступы тонических судорог с утратой сознания

. Обследована в неврологической отделении (с 26.12.17г по 09.01.18г)

ЭЭГ 09.01.18г – диффузная быстроволновая активность низкой амплитуды с высоким индексом включения артефактов, начато лечение депакином. В настоящее время получает

депакин хроносфера по 200мг 2 раза в день .Приступов нет

Получает курсовое лечение в Пензе «центр Адели»

05,09, 18г проведена ЭЭГ в Пензе: на фоне диффузного нарушения корковой ритмики

отмечаются признаки дисфункции диэнцефально- стволового уровня. Рекомендован ЭЭГ ночного сна

В неврологическом статусе: В настоящее время может некоторое время стоять одна без поддержки. Страдает тонкая ручная моторика, предметы берет неуверенно, хуже левой рукой, речевое развитие значительно ниже возрастного уровня (отдельные звуки).. Знает части тела. Понимает и выполняет простые просьбы

Окр год 46,5см. Общемозговых, менингеальных знаков нет зрение снижено, рассматривает предметы близко наклоняясь к ним, нистагм спонтанный горизонтальный, ротаторный, усиливается при крайних отведениях. Лицо гипомимичное, слух сохранён. Глотание не нарушено, слюнотечение

Мышечный тонус дистоничный, слева выше, чем справа. Сух.рефлексы S>D.Патологические стопные знаки, отчётливей слева. При ходьбе- атактический синдром, идёт при поддержке за руку с ротацией стоп (в основном левой) кнутри, неплохо идёт и при поддержке за левую руку, что раньше было невозможно.

При исследовании 31.10.2018г содержание вальпроевой кислоты в крови через 2 часа после приёма депакина составляет 90,47 мкг/мл.

Данные обследования

ЭКГ от 27.12. 2018-умеренные обменные изменения в миокарде

БХ ан крови от 27.12. 2018-Креатинин-57.8мкмольл Мочевина-8.72ммольл Биллирубин общий-8.2 мкмольл КФК-125едл Кальций-2.58 ммольл Калий-4.98ммольл Натрий-143.1ммольл AST-36.7 едл ALT-19.1 едл С –реактивный белок 5.19 ЛДГ-681 едл

Вальпроевая кислота после приема депакина-51.7мкг/мл

Общий ан крови от 25.12. 2017- лейко-17.3*10⁹ эритро-4.77* 10¹² гем-123 гл тромб-322*10⁹ СОЭ-5мм/час п/я-3 сегм-61 мон-7 лимф-37

МРТ головного мозга от 28.12. 2018г- Выявлены следующие врожденные аномалии развития головного мозга:

- вариант аномалии Денди –Уолкера в виде гипоплазии червя мозжечка : кисты 3ЧЯ с частичной аплазией левой гемисферы мозжечка и моста.

-Шизэнцефалия с закрытыми краями правой теменной области в виде узкой расщелины доходящей до правого бокового желудочка

-Гипогенезии мозголистого тела, моста и продолговатого мозга

На фоне определяется вентрикуломегалия боковых желудочков с признаками перивентрикулярной лейкопатии.3 жел размером 8.5мм.4 жел широко сообщается с большой цистерной мозга.Конвекситальные субарахноидальные борозды выражены неравномерно, не расширены, рисунок борозд больших полушарий усилен

Заключение: Мр-картина множественных врожденных аномалий развития головного мозга

В соматическом статусе проявления атопического дерматита. Осмотрена аллергологом .

Рекомендации у мамы на руках

ЭЭГ от 29.12. 2018- в фоновой записи эпиактивности не выявлено

УЗИ брюшной полости от 05.01. 2019г Визуализация: затруднена, метеоризм

Печень: правая доля ПЗР 99 мм левая доля ПЗР мм

Контуры: ровные **Край:** острый

Эхогенность: средняя **Эхоструктура:** однородная

Сосудистый рисунок: сохранён **Желчный пузырь:**

Положение: дилатирован

Форма: правильная

Стенка: 2 мм, гиперэхогенна

Содержимое: много рыхлого осадка

Конкременты: не определяются

Поджелудочная железа: голова 12 мм тело 11,3 мм хвост 12,5 мм

Положение : обычное
Эхогенность: средняя **Эхоструктура:** однородная
Контуры: ровные **Капсула:** не изменена
Вирсунгов проток: визуализируется, не расширен

Селезёнка: длина 67 мм ширина 35 мм
Эхогенность: средняя **Эхоструктура:** однородная
Сосуды: не изменены селезеночная вена - мм

Патологические включения: не определяются

Данные УЗИ брюшной полости осмотрены гастроэнтерологом

Рекомендовано: соблюдение диеты.

Проведено лечение: диакарб, аспаркам, депакин-хроно сфера, левегирацетам 15мг\кг,

Приступов больше небыло. Переносимость левегирацетам хорошая

Выписана под наблюдение невролога и педиатра

Рекомендовано

- 1- Режим дня
- 2- Ограничить пребывание у ТВ, сотового телефона
- 3- Препараты вальпроевой кислоты гранулированная форма
- 4- 7час 200мг
- 5- 19час 200мг
- 6- Левегирацетам таб 250мг
- 7- 7час 30мин 1 таб-250мг
- 8- 19ча 30мин 1\2 таб-125мг
- 9- С 10 января
- 10- 7час 30мин 1 таб 250мг
- 11- 19час 30мин 1 таб 250мг \ что соответствует 20мг\кг Постоянно, длительно, непрерывно.

Лечение эпилепсии проводится бесплатно, приказ № 215 от 1 марта 2010г

Осмотр невролога через 1 мес,

При возобновлении приступов явка раньше для коррекции дозы левегирацетам

Курс восстановительного лечения в условиях пс- неврологического отделения через 3 мес

Врач Штанько

