

**Выписка из истории развития ребенка Терентьевой Анны
Владиславовны, 09.09.2015 года рождения, проживающей
по адресу : г.Москва**

Анамнез жизни Родилась от 2 беременности, в течении всей беременности - угроза прерывания, во 2/3 — ОРВИ . От 1 родов в 33 недели, путем кесарева сечения в экстренном порядке в ягодичном предлежании , частичная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода, маловодие. Вес при рождении 1660 г, рост 42 см, окр.головы 32 см, окр. Грудной клетки 28 см. Оценка по Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет РДС, эндотрахеально введен «Куросурф». Респиаторная поддержка — ИВЛ 8 суток, затем самостоятельное дыхание. Находилась в реанимационном отделении. На НСГ от 10.09.2015 — гипоксически-ишемические изменения, ПВЛ? На повторной НГС от 29.09.2015 -перивентрикулярная лейкомаляция в стадии кистозной дегенерации, вентрикуломегалия боковых желудочков.

Анамнез заболевания: В возрасте 22 суток ребенок был переведен в Московский областной перинатальный центр , где находился по 04.11.2015 с диагнозом : Тяжелое перинатальное поражение ЦНС, ишемически-геморрагического генеза (ранний восстановительный период), синдром угнетения ЦНС с элементами возбуждения, ПВЛ, гидроцефалия, менингоэнцефалит, судорожная готовность. Недоношенность 33 недели, анемия недоношенных 2 степени. По рекомендации нейрохирурга был показан перевод в специализированный стационар, в связи с прогрессирующей гипертензией, внутренней гидроцефалией. Показана вентрикулярная пункция.

Переведена в НПЦ помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы , где находилась с 04.11.2015 по 25.12.2015. Было проведено оперативное вмешательство :

10.11.2015 — эндоскопическая септостомия, стентирование водопровода мозга наружным вентрикулярным дренажом ; 16.12.2015 — эндоскопическая септостомия, кистовентрикулостомия, трансформиксная пластика водопровода мозга, пластика и стентирование отверстия Можанди автономным стентом (из-за отрицательной динамики на МРТ головного мозга от 9.12.2015). Выписана с диагнозом : Постгеморрагическая прогрессирующая внутренняя гидроцефалия реконвалесценции. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Находилась на плановом обследовании в НПЦ ОПННД с 25.01.2016 по 15.02.2016. При госпитализации отмечались жалобы на общее беспокойное поведение ребенка и опережающий рост окружности головы. На МРТ головного мозга от 29.01.2016 выявлена отрицательная динамика в виде увеличения размеров изолированных боковых и 4 желудочков, кистозная трансформация перивентрикулярного белого вещества лобно-теменной области. Проведена операция 03.02.2016 — эндоскопическая 3-вентрикулоцистерностомия, кистовентрикулостомия, вентрикулоперитонеальное шунтирование. Послеоперационный период протекал без особенностей. Гипертензионный синдром купирован.

Находилась на повторной госпитализации в НПЦ помощи детям в нейрохирургическом отделении с 06.04.2016 по 25.04.2016 для проведения оперативного нейрохирургического лечения. В связи с наличием изолированного височного и затылочного рогов правого бокового желудочка на фоне функционирующего ВП-шунта, было показано выполнение в плановом порядке хирургической операции — эндоскопическая ревизия правого бокового желудочка с восстановлением циркуляции ликвора. Выписана в удовлетворительном состоянии. Заключительный диагноз при выписке — Окклюзионная постгеморрагическая многоуровневая гидроцефалия, состояние после повторного оперативного лечения (эндоскопическая коррекция ликворных путей с установкой наружного ликворного дренажа от 10.11.2015, эндоскопическая коррекция ликворных путей с установкой автономного стента от 16.11.2015, установка вентрикулоперитонеального шунта от 03.02.2016). Кистозная трансформация вещества головного мозга. Изолированный височный рог правого бокового желудочка.

С 19.04.17 по 05.05.17 находилась в детском психоневрологическом отделении Университетской детской клинической больницы 1ММИ им. Сеченова с диагнозом ДЦП, атонически-астатическая форма, Оценка по GMFCS 5 класса функционирования. Окклюзионная постгеморрагическая многокамерная гидроцефалия (состояние после повторного оперативного лечения); Кистозная трансформация вещества головного мозга. Выраженная задержка психо-моторного развития. На ЭЭГ бодрствования : выраженная незрелость корковой ритмики. Дисфункция неспецифических стволово-срединных структур мозга, преимущественно лимбико-ретикулярного комплекса по типу раздражения ятрогенного характера. Эпиактивности не зарегистрировано.

Проведено МРТ головного мозга от 19.09.17 — внутренняя многоуровневая окклюзионная постгеморрагическая гидроцефалия, спаечные изменения в желудочковой системе, изолированный височный рог правого бокового желудочка, положительная динамика.

Консультирована неврологом ННПЦЗД Минздрава России 15.11.17. Жалобы родителей на задержку двигательного и речевого развития. Девочка не садится, не ползает, не встает, переворачивается редко.

Срыгивает при поездках в машине.

С 31.01.18 по 09.02.18 и с 19.04.18 по 25.04.18 находилась на стационарном лечении и обследовании в ФГАУ НМИЦЗД Минздрава Российской Федерации. В результате проведенных мероприятий отмечается улучшение мышечного тонуса и психоэмоциональной сферы. По результатам ЭЭГ была рекомендована противоэпилептическая терапия Вальпроевой кислотой 30 мг/кг/сутки. Родители дома не давали противосудорожное лечение. Приступы судорог отмечались в мае и июне 2018 года. После приступов — начата противосудорожная терапия в рекомендованной дозировке.

Продлена инвалидность с 01.08.18 по 10.09.2033 гг.

С 28.08.18 по 08.09.18 повторно находилась в ФГАУ НМИЦЗД Минздрава России.

Проведен дневной видео-ЭЭГ мониторинг 04.09.18 - в ЭЭГ бодрствования зарегистрирована региональная эпилептиформная активность периодическим дельта-замедлением в виде одиночных и сгруппированных комплексов острая-медленная волна в правой теменно-центральной области, с распространением на правую височно-задневисочную область с вовлечением центрального и теменного вертексных регионов, иногда с распространением на левую центральную область. Индекс представленности эпи.активности не превышал 10%. В ЭЭГ сна помимо описанной эпилептиформной активности в период бодрствования, регистрировалась эпилептиформная активность в левой лобно-центральной области, с распространением на левую височную область. Индекс представленности от 5 до 30%. По морфологии описанные графоэлементы соответствуют критериям доброкачественных эпилептиформных разрядов детского возраста. За время проведения исследования эпилептических приступов не было. МРТ головного мозга от 11.09.18 — Состояние после неоднократно перенесенных оперативных вмешательств. МР-картина ассиметричного расширения и деформации желудочков мозга с элементами кистозной перестройки больших полушарий (с наличием порэнцефалических кист) суправентрикулярных глиозных изменений. Убедительных данных за декомпенсацию ликвородинамики не получено. По сравнению с данными предыдущего исследования от 19.09.17 — отмечается минимальное уменьшение степени выраженности расширения ликвопроводящей системы (на уровне боковых желудочков). В остальном без существенной динамики.

На фоне проведенного курса реабилитационных мероприятий отмечается положительная динамика в виде улучшения мышечного тонуса и психоэмоциональной сферы. Рекомендовано продолжить прием Вальпроевой кислоты (Депаккин хроносфера) 30 мг/кг/сутки по 150 мг х 2 раза в сутки.

Девочка наблюдается и получает лечение в г.Евпатория в ФГБУ «ЕВДКС имени Е.П.Глинки» и центре «Примавера Медика».

Консультирована эпилептологом в Санкт-Петербурге 05.06.2019 — рекомендовано увеличение Вальпроевой кислоты пролонгированного действия до 400 мг в сутки по 200 мг х 2 раза.

Проходила курс реабилитации в реабилитационном центре «Вместе с мамой» в г.Москва с 05.12.19 по 25.12.19.

С июля 2018 года приступов судорог не отмечалось

С 14.11.2020 г.по 18.11.2020 находилась в инфекционном отделении МДКБ- с диагнозом:J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.Острая респираторная инфекция. Сопутствующее заболевание: G40.2 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками. ДЦП. Симптоматическая фокальная эпилепсия. Носитель ВПШ с 2015г.Проведены обследования в стационаре :

1.Рентгенография шейного отдела позвоночника.Дата исследования: 14.11.2020 г. Заключение: Целостность ВПШ не нарушена.

2.Обзорная рентгенография органов брюшной полости.Дата исследования: 14.11.2020 г. Заключение: Целостность ВПШ не нарушена.

3.Рентгенография черепа обзорная. Дата исследования: 14.11.2020 г.

Описание: Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений выражен умеренно. Состояние швов соответствует возрасту. Турецкое седло без особенностей. В проекции черепа определяется тень ВПШ, интракраниальный конец которого проведен через правую теменную кость, целостность убедительно не нарушена. Заключение: Целостность ВПШ не нарушена.

4. Электроэнцефалография.

Дата исследования: 17.11.2020 г. Корковая ритмика дезорганизована диффузной экзальтированной бета-активностью на фоне общей супрессии корковой ритмики, и правополушарного негрубого дельта-замедления, акцентированного в лобно-центрально-височном регионе. Основной ритм устойчиво не представлен. В центральных отделах полушарий фрагментарно регистрируется сенсомоторный ритм частотой 7-8 Гц. Бета активность представлена максимально в лобно-височных отделах полушарий, с переменной латерализацией, частотой 14-20 Гц. Фотостимуляция: фотопароксизмальная реакция не зарегистрирована. Гипервентиляция: не проводилась. Эпилептиформная активность не зарегистрирована.

5 .Врач-нейрохирург. 14.11.2020 г. 13:27.

МАХТИЕВА Л. Р. Заключение: Направлен для консультации. Отсутствие общемозговой и менингеальной симптоматики, целостность по ходу шунта не нарушена. Ребенок в экстренной госпитализации в

отделении нейрохирургии не нуждается. Рекомендации: Консультация нейрохирурга в отделении при отрицательной динамике. Диагноз: Приемного отделения Сопутствующий ДЦП. Постгеморрагическая окклюзионная гидроцефалия. Носитель ВПШ с 2015г.

При осмотре неврологом 20.12.2021 - Девочка сама переворачивается, поднимается на раскрытые руки, вокруг себя может перемещаться, может дотянуться до игрушки, пытается вставать на четвереньки и некоторое время стоит, но ползать вперед не получается за счет слабости ног. Если хочет, то может удерживать спинку в положении сидя, особенно в позе лотоса. Стоит, оперевшись на надутый мяч. За две руки может поднять ногу для первого шага, а дальше шагать не получается.

Может рисовать линии, собирает пирамидку, пазлы. Ориентируется в цветах, может подавать игрушки по просьбе.

Говорит мама, папа, да. Понимает обращенную и отвечает. Эмоционально хорошо реагирует на родных.

Были на реабилитации в августе в г.Евпатория в центре Маяк. Получили климатолечение.

Неврологический статус: В сознании, на осмотр реагирует адекватно. Череп округлой формы. В сознании, на осмотр реагирует адекватно. Череп скошенной формы. Перкуторно коробочный звук. Общемозговые симптомы: нет Менингеальные симптомы: нет. ригидность затылочных мышц, с-м Кернига-достоверно не оценил за счет нарушения тонуса, с-м Брудзинского (верхний, средний, нижний). **ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ** 1п – обоняние не исследовалось по состоянию. 2п – зрение ориентировочно снижено (ЧАЗН), предметное, взгляд фиксирует, прослеживает кратковременно. 3,4,6п – глазные щели D=S, зрачки равномерные в диаметре 4 мм D=S, движения глазных яблок в полном объеме, косоглазие -нет, фотореакции живые. 5п – точки выхода тройничного нерва безболезненны, нижняя челюсть по средней линии. 7п – лицо симметричное, функция мимических мышц не нарушена. 8п – слух достоверно не оценить по тяжести состояния. Нистагм горизонтальный с ротаторным компонентом во все стороны ОУ. 9,10п – небные и глоточные рефлексы не нарушены, uvula по средней линии. 11п – движения плеч и головы в полном объеме. 12п – язык по средней линии в полости рта. **РЕФЛЕКТОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА** Атрофий нет, контрактур нет. Объем активных движений снижен за счет двигательных нарушений, пассивных движений ограничен в задней группе бедра с двух сторон за счет спастики. Мышечный тонус – дистоничен, повышение по спастическому типу в задних группах мышц нижних конечностей, в руках гипотоничен D=S. Сухожильные рефлексы повышены с расширением рефлексогенных зон D=S. Патологические рефлексы – рефлекс Бабинского с двух сторон. Кожные рефлексы живые, равномерные с двух сторон. Координация движений не оценивалась по состоянию Чувствительность не оценивалась по востоянию. Вегетативно-трофических нарушений – не выявлено. Психомоторное развитие : задержка психо-моторного развития. Не ситит, не ходит, не стоит. Сознании. При вертикализации повышается разгибательный тонус, выражены тонические рефлексы, не сформированы цепные выпрямительные позотонические реакции равновесия. Опора значительно ослаблена

На момент осмотра самостоятельно не ползает, не сидит. Не встает у опоры. Контроль головы недостаточный, при тракции за руки не группируется вперед. Перевероты со спины на живот. На животе голову поднимает с упором на предплечья и кисти рук. Манипулятивная функция левой руки нарушена, тянется к игрушкам и манипулирует только правой рукой. Вялая осанка. Девочка эмоциональная улыбается, узнает голос близких

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: G 80.1 Детский церебральный паралич, смешанный тетрапарез с преимущественной спастичностью в левых конечностях, грубой туловищной атаксией, с выраженными нарушениями статодинамических функций, выраженным нарушением речевых и психических функций. GMFCS 5 уровня. G91.1 Окклюзионная постгеморрагическая многоуровневая гидроцефалия (состояние после установки вентрикулоперитонияльного шунта от 03.02.2016). Кистозная трансформация вещества головного мозга. Изолированный височный рог правого бокового желудочка. Симптоматическая эпилепсия (клиническая ремиссия с июля 2018 года). Нарушение тазовых функций по центральному типу.



20.12.2021