

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
|  | МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ | ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (ФГБУ «РДКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ) | АДРЕС СПРАВОЧНАЯ: ПРИЕМНОЕ ОТД.: ФАКС: ПОЛИКЛИНИКА: ОБЩИЙ ОТДЕЛ: ГЛАВНЫЙ ВРАЧ: E-MAIL: | 117997, МОСКВА, ЛЕНИНСКИЙ ПР., д. 117 (495) 936-90-09 (495) 936-90-45, 936-93-45 (495) 935-61-18 (495) 936-92-30 (495) 936-94-54 (по письмам) (495) 434-11-77 CLINIKA@rdkb.ru |
|--|--|--|---|---|

Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного Пациентка Закирова Салима Равилевна, номер мед. карты 1654-с, возраст 2 года 2 месяца (09.11.2015 г.), Ребенок-инвалид, адрес регистрации: РОССИЯ, Москва г, Ребенок находился на лечении в нейрохирургическом отделении РДКБ с 31.01.2018 г. по 08.02.2018.

Клинический диагноз: G80.0 Врожденный порок развития центральной нервной системы с тяжелыми двигательными нарушениями. Мальформация Арнольда-Киари III, субкомпенсированная гидроцефалия. Менингоградикулоцеле пояснично-крестцового отдела позвоночника. Состояние после операции: иссечение менингомиело-радикулоцеле пояснично-крестцовой области от 09.11.2015; вентрикулоперитонестомии клапаном Delta Burr Hole Medtronic среднего давления от 19.02.2016. Нижний парапарез (плегия в дистальных отделах). Задержка психомоторного развития.

Жалобы при поступлении (со слов мамы пациентки): на отсутствие активных движений в голеностопных суставах, деформацию стоп, слабость в ногах, задержку физического развития - слабая опора на ноги, не ползает, жалобы на постоянное подтекание мочи.

Из анамнеза известно: от II беременности, 2 преждевременных родов на 36-37 неделе. Порок развития центральной нервной системы выявили внутриутробно на 23-24 неделе гестации (спинномозговая грыжа пояснично-крестцовой области, гидроцефалия, аномалия Киари). Вес при рождении 2580г, длина 39 см., окружность головы 31,0 см. По Апгар 6/7 баллов. Отмечалась асфиксия в родах, тяжелое состояние, ИВЛ после рождения. Ликворея из спинномозговой грыжи. 04.12.2016 выполнена операция - нейроэндоскопическая тривентрикулостомия, плексусэктомия. После операции симптома внутричерепной гипертензии регрессировали. С возрастом стали отмечаться нарастающие признаки внутричерепной гипертензии. Госпитализирована в ОПННД г.Москвы, где 19.02.2016 выполнена операция: вентрикулоперитонестомия клапаном Delta Burr Hole Medtronic среднего давления. Симптомы внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде регрессировали. МРТ головного, спинного мозга (17.02.2016): состояние после вентрикулоперитонестомии, затруднение ликворотока на уровне краниовертебрального перехода. Вентрикуломегалия. Spina bifida posterior L2-S1 позвонков. Диастематомия, дипломилия на уровне L4-L5 позвонков. Интрадуральная липома на уровне L4-L5 позвонков. Фиксированный спинной мозг. Сирингомия на уровне Th12-L3 позвонков. В октябре 2016 года после обследования в РДКБ от оперативного лечения решено было воздержаться. Повторно госпитализирована в сентябре 2017 г, обследована. ЭНМГ (14.03.17): при глобальной ЭМГ с симметричных мышц нижних конечностей в покое, с усилением при тонических реакциях, определяется спонтанная переднерговая d>s, с денервационной активностью, s>d. Амплитуда при напряжении составляет 170-260 мкВ, d>s, с тенденцией к синхронизации и ритмообразованию, с акцентом справа. Заключение: по данным ЭНМГ выявляется заинтересованность мотонейронов и корешков на уровне L2-S1, с акцентом L4-S1, d>s, признаки снижения функционального состояния n.tibialis dex и sin, n. peroneus d>s, с преобладанием аксонопатии, миелінопатии n.tibialis sin, n.peroneus sin. В динамике от 28.10.2016 отмечается увеличение амплитуд М-ответов и CPV по периферическим нервам. Проведен курс восстановительного лечения.

В настоящее время поступила в нейрохирургическое отделение РДКБ для решения вопроса тактики дальнейшего лечения.

Объективно при поступлении: вес 9 кг., рост 78 см. Состояние ребенка тяжелое по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировой слой достаточный. Кожные покровы чистые, умеренно влажные, сыпи нет. Видимые слизистые чистые, влажные, розовые. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый, миндалины не увеличены, патологических наложений нет. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезнен. Печень пальпируется у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Область почек визуально не изменена, симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Диурез адекватный. Недержание мочи - дневное, ночное. Недержание кала.

Двигательные навыки: самостоятельно сидит, опора на ноги слабая, стоит с поддержкой, быстро истощается, плачет. Голову удерживает, переворачивается со спины на живот. Активных движений в голеностопных суставах нет. В коленях - сгибает. В тазобедренных суставах активные движения в полном объеме.

В неврологическом статусе: иннервация черепно-мозговых нервов без особенностей. Нижний парапарез, до плегии в дистальных отделах. Тонус мышц в ногах снижен. Эквиноварусная установка стоп. Менингеальных знаков нет.

Местно: в затылочной области пальпируется помпа клапана вентрикулоперитонеальной ликворошунтирующей системы, не заливается, прокачивается. В пояснично-крестцовой области

послеоперационный рубец по линии остистых отростков позвонков, длиной 15 см, бледно-розового цвета, безболезненный при пальпации.

УЗИ почек + надпочечников (05.02.2018): почки расположены обычно, правая 60x24 (8) мм, левая 62x21(9) мм. Контуры ровные. Паренхима - дифференцировка сохранена. Эхогенность не изменена, ЧЛС стенки плотные. Справа лоханка 13x9 мм. Мочевой пузырь заполнен V=25 мл, стенка не изменена, просвет чистый, мочеточники не прослеживаются.

МРТ шейного, грудного, пояснично-крестцового отд. позвоночника (08.02.2018): аномалия развития позвонков и позвоночного канала по протяжению. Отрицательная динамика - в виде появления в структуре спинной хорды на шейном уровне двух крупных кистозных включений до 11 и 8 мм в максимальном поперечнике на уровне С4-С5 и С6-С7. Полупозвонки L4-L5, дефект задней костной стенки L1-S1, позвоночный канал деформирован. Аномалия развития крестцово- копчиковых позвонков. Вариант диастематомии в сегменте L4-S1. Интравертебральная липома, расположенная в сегменте диастематомического расщепления у «правой спинной хорды», подоболочечно?, размером до 18*3*5мм. Истончение спинной хорды по протяжению с расширением ее центрального канала. Отсутствие структуры поясничного утолщения и терминальной дифференцировки.

Учитывая данные анамнеза заболевания, клинической картины и результаты проведенного обследования, больной показана нейрохирургическая операция - удаление интравертебральной липомы, устранение фиксации спинного мозга на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника.

08.02.2018 у больной диагностирован о.бронхит, обструктивный синдром, ДН I-II ст., о.ринофарингит. От перевода в инфекционно-боксованное отделение РДКБ для лечения мама больной отказалась.

Выписывается домой под наблюдение и лечение педиатра по месту жительства.

Контактов с инфекционными больными в отделении не было.

Результат лечения: улучшение

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Лечение о.бронхита, о.ринофарингита педиатром по месту жительства;
2. Наблюдение неврологом, педиатром по месту жительства;
3. Сосудистая, ноотропная терапия (по назначению невролога);
4. Продолжить курс лечения:
Бинавит - 1,0 мл, в/м, 1 раз в 3 дня (N.10),
Церебро - 1,5 мл, в/м - 1 раз через день (N.10).
Элькар 30% по 1 мл внутрь - 2 раза в день (N.10).
4. Показана нейрохирургическая операция - устранение фиксации спинного мозга.

Зав. отделением:

Пальм В.В.

Лечащий врач:

Иванов И.В.

Врач эксперт:

Брюсова И.Б.

