

Детская клиника Альтона (ДКА)

Тимуру Хасанову
Хассельброкштр.52

22089 Гамбург

Распечатано: 28.08.2017

Выписной эпикриз стационарного пациента

Пациент: Хасанов, Тимур, род. 22.8.2016 г.

Адрес: Хассельброкштр., 52 220898 Гамбург

Находился в стационаре: отделение I-4 в период с **08.08.2017** по **11.08.2017**

Номер истории болезни: 579500570

Диагнозы:

Актуальный диагноз:

Ранее преждевременные роды на 34-й неделе беременности

состояние после асфиксии

состояние после внутримозговой гематомы

двусторонний спастический церебральный паралич

постгеморрагическая гидроцефалия, установлен вентрикулоперитонеальный шунт

Задержка развития

Состояние после операции по поводу паховой грыжи справа

Водянка левого яичка

Анамнез:

Ребенок госпитализирован для оценки состояния детским неврологом при следующих установленных диагнозах:

- Постгеморрагическая гидроцефалия, установлен вентрикулоперитонеальный шунт,
- задержка развития.

До настоящего времени приступов эпилепсии не наблюдалось. Медикаментозное лечение не проводилось.

До сих пор не сидит.

Паховая грыжа справа прооперирована, по словам матери, до проведения данной операции Тимур мог переворачиваться, после нее – нет, по требованию врачей в России проведение войга-терапии было отложено в связи с операцией по поводу паховой грыжи.

Беременность протекала нормально. Кесарево сечение в связи с преждевременным наступлением родовых схваток на 34-й неделе, кроме того, гипоксия, недостаточная начальная искусственная вентиляция легких. Интубация только после перевода в другую клинику.

Результаты обследования:

11-месячный мальчик, общее состояние удовлетворительное, гидроцефалия с установкой вентрикулоперитонеального шунта слева, прощупывается клапан насоса.

Ребенок в сознании, взгляд фиксирует, следит за игрушкой, недостаточно контролирует движения головы и туловища. Двусторонний церебральный паралич, особенно выраженный в области нижних конечностей, с повышением тонуса мышц-разгибателей ног и эквинусной деформацией стоп.

Ноги сильно вытянуты, левая рука сжата в кулак.

Повышенные собственные рефлекссы коленных мышц и ахилловы рефлекссы, ладони чаще раскрыты, повышенный тонус мышц-сгибателей рук. При поддержании в положении стоя ноги скрещены.

Сильный крик, живой, внимательный взгляд, хорошее взаимодействие.

В положении лежа на животе: поднимает голову, упор на правое предплечье, левая рука сильно согнута, сжата в кулак.

С,Р,А об.

Терапия и течение заболевания:

Госпитализация проводилась с целью оценки состояния пациента детским неврологом. У Тимура отмечается состояние после перенесенной асфиксии с внутрочерепным кровоизлиянием. В связи с наличием окклюзионной гидроцефалии было произведено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Ревизия установленного шунта проведена весной 2017 г. В настоящий момент признаки несостоятельности шунта отсутствуют.

МРТ головного мозга: в сравнении с предыдущим исследованием, проводившимся в мае, динамика отсутствует. Признаки несостоятельности шунта отсутствуют.

У Тимура наблюдается двусторонний спастический церебральный паралич, особенно выраженный в области ног. Положение головки бедра в настоящий момент нормальное. В связи с наличием спастических нарушений в области ног мы начали терапию баклофеном. На фоне лечения спастические явления стали менее выраженными. Однако наблюдается незначительная утомляемость. Мы ожидаем клинического улучшения через 3-4 дня. В зависимости от выраженности побочных эффектов и уменьшения выраженности спастических явлений возможно постепенное повышение дозы на 2,5 мг до макс. уровня 2 мг/кг веса (в настоящий момент соответствует 3х 5 мг).

Что касается вспомогательных средств, то, на наш взгляд, целесообразно использование специального терапевтического стула. В дальнейшем показано использование ортезов для голени. Также необходимо длительное проведение физиотерапии и войта-терапии. В дальнейшем можно обсуждать возможность применения в лечении ботулотоксина.

ЭЭГ в настоящий момент не зафиксировала эпилептических потенциалов, акустические и зрительные вызванные потенциалы - без особенностей. Необходимо продолжать наблюдение ребенка детским неврологом и нейрохирургом. Рекомендуются реабилитационный курс интенсивной терапии, например, в детской неврологической реабилитационной клинике Геестхахт.

Медикаментозное лечение на момент выписки:

Баклофен 3x2,5 мг

С уважением

Проф.д-р Ф.Шток

д-р Г.Лишецкий

Главврач

зав.отделением

Приложение

Заключение, 08.08.2017 18:21

Исследование «Регистрация ранних акустически вызванных потенциалов» - раннее чередование, без особенностей. Волны I, II и V четко определяются с возрастными запаздываниями.

Детская хирургия (ДКА)

Заключение: акустические вызванные потенциалы

Отложить Войта-терапию до проведения операции? Нет.

Справа послеоперационный шов без признаков воспаления после удаления наружной паховой грыжи.

Слева: гидроцеле (водянка яичка), яичко мягкое, безболезненное при пальпации, без признаков паховой грыжи. Яичко слева пальпируется дорсально. В настоящий момент показаний к операции нет. Операция показана только при выраженном увеличении гидроцеле или если оно самопроизвольно не исчезнет к двум годам, а также в случае обнаружения паховой грыжи. О симптомах мать была подробно проинформирована. Присутствовал переводчик.

Заключение, 10.08.2017 10:19

Заключение: неврологический статус, установленный физиотерапевтом.

Заключение

9.8.17

Тимур на руках у матери. Обычно она носит его с собой или он лежит на полу. Он очень внимательный, хорошо идет на контакт и смеется.

Мать несколько беспомощна, общение происходит через переводчика.

Мать еще ни разу не пыталась высаживать ребенка, вероятно, дома у него немного игрушек.

Тимур может сидеть, если подложить руки, поднимает ноги и может частично контролировать голову и тело. Он внимателен, играет, хватает игрушку.

Мать проинструктирована относительно необходимости дальнейшей тренировки высаживания ребенка, показаны различные положения и варианты поддержек. Целесообразно было бы использовать специальный терапевтический стул. Тележка для Тимура не подходит. Матери все объяснили и проинструктировали.

Результаты лабораторных и радиологических исследований

Анализ газов крови

	Референсные значения	Единица измерения	08.08.2017 14:22
pCO ₂	27.0*39.8	мм рт.ст.	36.4
HCO ₃	21-26	ммоль/л	22.0
Тип крови			венозная
БЭ	-2.5-2.5	ммоль/л	-2.2

МРТ головы , 08.08.2017 15:40

МРТ головного мозга без введения контрастного вещества от 08.08.2017:

Обоснованность показаний была проверена согласно §23 Постановления о защите от рентгеновского излучения.

МРТ под седацией

T2 w в аксиальной плоскости, T2w FLAIR в аксиальной плоскости, T1w в аксиальной плоскости, T2w в сагиттальной и коронарной плоскостях, DWI в аксиальной плоскости, T1w в коронарной плоскости, PD W в аксиальной плоскости, T2w HIPPO в аксиальной плоскости, T1 тонкослойно в аксиальной плоскости.

Результаты исследования:

Для сравнения имеются результаты сторонней МРТ.

В левой височном отделе обнаруживается шунтовая система с установленным шунтовым катетером, конец которого располагается в области переднего рога бокового желудочка. Шунт проходит по касательной сквозь базальные ганглии. Смещение срединной линии отсутствует. Неравномерное расширение боковых желудочков с боковой асимметрией в левую сторону с особой выраженностью в области передних рогов бокового желудочка. Третий желудочек имеет ширину ок.0,5 см. Значимое расширение внешних ликворных пространств супра- и инфратенториально. Четвертый желудочек удлинённый. Проток узкий. Истонченный слой белого вещества головного мозга, в особенности во фронтальной области с обеих сторон. В перивентрикулярной области супратенториально обнаруживаются множественные очаги ликворной интенсивности (изоинтенсивные), в особенности справа, в частности, в правой фронтальной области размером ок.1,1 см, а также в области таламуса с обеих сторон – справа ок.1,4 см, слева ок. 0,5 см. Кроме того, имеют место умеренные повышения сигнала в режиме FLAIR. Признаки ликворного диапедеза отсутствуют. Признаки внутримозгового кровоизлияния или свежего территориального инфаркта отсутствуют. Мозолистое тело удлинённой формы, в особенности в роstralной области.

Нормальное расположение визуализируемых позвонков верхнего отдела позвоночника. Снижение высоты тела позвонков отсутствует. Визуализируемый спинной мозг без признаков патологии. В области sinus maxillaris (верхнечелюстной пазухи) справа субтотальное смещение. Признаки значимых следов жидкости в ячейках сосцевидного отростка с обеих сторон отсутствуют.

Заключение:

Гидроцефалия с установкой шунта с неизменными размерами ликворных пространств.

Перивентрикулярный глиоз. Признаки перивентрикулярных кистозных очагов, в частности, в области таламуса и справа фронтально, ДД последствия кровотечения.

Значимые изменения в динамике отсутствуют.

Рентген костей таза, 09.08.2017 14:19

Снимок шейки бедра от 09.08.2017:

Обоснованность показаний была проверена согласно §23 Постановления о защите от рентгеновского излучения.

Предварительные снимки для оценки динамики отсутствуют.

При боковом сравнении незначительная разница в размерах малых ядер окостенения головки бедра с обеих сторон в пользу правой стороны. Линия Шентона-Менарда сохранена с обеих сторон. Признаки вывиха отсутствуют. Достаточное закрытие окостенелых эпифизов головки бедра. Наклон крыши вертлужной впадины справа 20° , слева 21° . С учетом возраста и пола угол наклона с обеих сторон соответствует норме.

УЗИ/эхокардиография: брюшная полость, 09.08.2017 14:46

УЗИ органов брюшной полости от 09.08.2017:

Печень: признаки патологии отсутствуют, размер 6 см. Желчный пузырь заполнен умеренно. Поджелудочная железа без особенностей. Длина селезенки 4,6 см. Почки расположены типично. Расстояние между полюсами к.5,5 см. ЧЛС в норме. Мочевой пузырь заполнен слабо. Слева в области живота (кожи живота) установлена система для дренажа ликвора, которая уходит внутрь брюшной полости. В левом боковом канале обнаруживается определенное количество свободной жидкости. В этой же области визуализируется система для дренажа ликвора.

Заключение: по результатам УЗИ нельзя однозначно сказать, связано ли наличие свободной жидкости в брюшной полости и система для дренажа ликвора и поэтому нельзя сделать вывод об отсутствии патологии.