

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №18714

Батуев Богдан Леонтьевич

Дата госпитализации: 13.06.22.

Дата выписки: 21.06.22.

Диагноз: Внутренняя постгеморрагическая окклюзионная гидроцефалия. Порэнцефалическая киста левой лобной доли головного мозга. ВПШ слева. Дисфункция шунта. Детский церебральный паралич. Спастический нижний парапарез.

Жалобы при поступлении: на отставание в развитии, ежедневные частые головные боли, боли в левом глазу.

Анамнез жизни: Болен с рождения. В возрасте 1 года оперирован по поводу внутренней прогрессирующей постгеморрагической поствоспалительной гидроцефалии. Установлен шунт на среднее давление. В послеоперационном периоде положительная динамика. Ребенок отставал в развитии, но начал говорить. В 2009 году появились приступы замирания. В ноябре 2009 г. поступил в 3 клинич. отделение Нейрохирургического центра г. Ижевска с судорожными синдромами. На фоне ОРВИ отмечалось развитие эпилептического статуса. Проведена терапия, назначены антиконвульсанты. После выписки со слов мамы стал хуже разговаривать, ходить. В январе 2010 г. повторный эпилептический приступ. Поступили в Нейрохирургический центр г. Ижевска повторно. 13.01.10 Ревизия шунта. произведена смена шунта на шунт низкого давления. В апреле 2010 г. госпитализирован повторно с генерализованными судорогами. На момент госпитализации выпалено РКТ - без динамики. Выписан после корректировки противосудорожной терапии. Консультированы проф. Прусаковым в условиях гор. боль-цы №8 направлен в ДРКБ. При поступлении жалобы на нарастание окружности головы. Учитывая клинику, данные дообследования складывалось впечатление о дисфункции шунта. 22.07.10 операция: Ревизия, замена ВПШ справа (Delta Shunt Kit, level 1.5, Medtronic). Послеоперационный период протекал без особенностей. В динамике результаты РКТГ от 20.06.11 - желудочки по сравнению с предыдущим РКТ без динамики, остаются расширенными, отмечается подавленность субархноидальных пространств. Вентрикулярный катетер в заднем роге справа. Нельзя исключить дисфункцию шунта. По УЗИ бр. полости - св. жидкости 15 мл. Осмотрен окулистом 27.06.11 (сл. дно) - OU - Дев OS +15+20, ч/альтертирующая. OU бледный, границы просматриваются на всем протяжении, артерии узкие, вены прямые, сетчатка розовая. Ds: OU - ЧАЗН. Даны рекомендации. Выполнена пункция помпы. Цитоз в ликворе - 8/3, лимф. хар-ра, белок - 0,1 г/л. Данных за вентрикулит нет. Клиника и снимки обсуждены с з/о в.с. Ивановым. Учитывая данные анамнеза, клиники, данные дообследования складывается впечатление о дисфункции шунта. Решено готовить на ревизию шунта. 30.06.11 Операция: «Ревизия ВПШ. ВПШ программируемым шунтом справа (Strata II Valve, Small, установлена на level - 1,25, Medtronic)» (хирург - В.С. Иванов). В послеоперационном периоде стал более активным, стал больше разговаривать, зажатие первичное, швы сняты на 10-е сутки. Результаты РКТГ от 18.08.11 - желудочки по сравнению с предыдущим РКТ без динамики, остаются расширенными, отмечается подавленность субархноидальных пространств. Вентрикулярный катетер в заднем роге справа. С учетом данных РКТ решено перепрограммировать шунт на более низкое давление. Выполнено перепрограммирование на уровень - 1,0. Результаты РКТГ от 18.10.11 - Внутренняя прогрессирующая постгеморрагическая гидроцефалия, ВПШ справа. По данным РКТ определяется положительная динамика. Проверка помпы шунта - уровень - 1,0. У ребенка с внутренней гидроцефалией имеется спастический тетрапарез, с преобладанием в нижних конечностях. Ребенку показано плановое оперативное вмешательство - имплантация нейростимулятора. Операция 24.10.11: «Имплантация системы ITREL 3 для хронической эпилептической нейростимуляции поясничного утолщения спинного мозга» (хирург - Филатов В.С.). Выполнено программирование стимулятора: амплитуда 3,5 В (диапазон 1,0-4,0), длительность 110 мкс, частота 120 Гц. На фоне включения стимулятора субъективно отмечает улучшение движений в руках. В марте месяце отмечался развернутый эпилептический приступ. Стимулятор был отключен. Проходили лечение в ДРКБ. Была скорректирована противосудорожная терапия. По результатам РКТ оставались широкими желудочки. Решено продолжить динамическое наблюдение на фоне диакарба. У ребенка сохранялись судороги. Жалобы на нарушение сна, агрессивность. РКТ головного мозга 10.04.12 - боковые желудочки расширены, асимметричны, расширение боковых желудочков на уровне тел до 30 мм слева, 25 мм справа. Края неровные. Небольшие участки перивентрикулярного отека. Аденезия или выраженное истончение прозрачной перегородки. С/а пространства сужены, борозды сглажены. Заключение: МР -

данные внутренней асимметричной гидроцефалии, дисфункция шунта. Снимки обсуждены с з/о В.С. Ивановым. Учитывая клинику, данные РКТ, данные дообследований складывается впечатление о неадекватной работе шунта. Показана ревизия шунта -11.04.12г. Операция: «Ревизия шунта, транспозиция и замена вентрикулярного катетера» (хирург – Э.Ф. Фатыхов). В послеоперационном периоде с улучшением (палма установлена на уровень 1,0). Со слов мамы – стал больше разговаривать, стал говорить предложениями, отмечается уменьшение спастичности в правой руке, стал больше использовать руку в игре. Выписан с улучшением. В феврале 2014 года находился на лечении в отделении нейрохирургии ДРКБ с подозрением на дисфункцию шунта. РКТ головного мозга (01.02.14) - желудочки мозга без нарастания в динамике, положение катетера удовлетворительное. УЗН брюшной полости – свободной жидкости нет. Осмотр сл. дна - Границы четкие, отека нет, артерии сужены, вены среднего калибра, полнокровные, сетчатка бледно-розовые. Ds: OU - ЧАЗН. Обсуждение совместно с з/о Ивановым В.С. С учетом анамнеза, клинической картины, результатов дообследований в настоящее время показаний к нейрохирургическому пособию нет. Данных за дисфункцию шунта нет. Принято решение о динамическом наблюдении. По данным ЭЭГ – эпилептичность слева, в динамике отмечается улучшение, уменьшение эпилептичности. 07.02.14 упал с кровати. Сознания не терял, рвоты не было. Стат вкл.м. РКТ головного мозга - данных за очаговое повреждение головного, костно-травматическую патологию нет. Проведено повышение дозы антиконвульсантов. Выписан с улучшением. На фоне терапии конвульсов и тетрагиала ухудшение состояния (учащение приступов). 14.03.14 палма установлена на давление 0,9. Настоящая госпитализация с целью исключения дисфункции шунта, коррекции противосудорожной терапии, коррекции уровня палмы шунта. РКТ головного мозга (25.09.14) - в сравнении с предыдущим исследованием от 7.02.14г., в динамике определяется небольшое уменьшение размеров боковых желудочков. Боковые желудочки деформированы, с небольшой асимметрией (S>D). Признаки перивентрикулярного отека не выражены. Конец шунта в полости тела правого бокового желудочка. Третий желудочек щелевидный. Четвертый желудочек умеренно расширен. Срединные структуры смещены влево на 3мм. Заключение: Внутренняя гидроцефалия. ВПШ справа. Достоверные РКТ-данные за дисфункцию шунта на момент исследования не получены. С учетом анамнеза, клинической картины, результатов дообследований в настоящее время показаний к нейрохирургическому пособию нет. Данных за дисфункцию шунта нет. Уровень палмы поднят до 1.2. Выписан с улучшением. 28.09.14 жалобы на рвоту, госпитализирован. Палма шунта снижена до 1,0. На фоне снижения давления состояние с улучшением, рвоты не было. На фоне включения стимулятора отмечается отсутствие сокращений (возможная транспозиция катетера или перегиб в области соединения с батареей).

19.11.15 Операция: «Удаление системы Itrel III для хронической тидуральной нейростимуляции поясничного утолщения спинного мозга» (хирург В.С. Филатов).

РКТ головного мозга 19.11.15 - в сравнении с предыдущим исследованием от 25.09.14г., в динамике определяется выраженное уменьшение размеров боковых желудочков. Боковые желудочки деформированы, с небольшой асимметрией (S>D). Признаки перивентрикулярного отека не выражены. Боковые желудочки четко дифференцируются на уровне задних рогов - правый 9мм, левый 12мм. Конец шунта занимает прежнее положение: проекция тела правого бокового желудочка. Третий желудочек щелевидный. Четвертый желудочек деформирован небольших размеров. Заключение: Внутренняя гидроцефалия. ВПШ справа. По данным РКТ в динамике определяется выраженное уменьшение размеров боковых желудочков.

Со слов мамы в ноябре 2021 года выполнена перепрограммирование палмы в РКБ №1 нейрохирургом Воробьевым А.А. с 2,0 на 0,5. (Справки на руках нет).

13.01.2022 РКТ головы - вентрикулярный катетер ВПШ в спавиенем переднем роге правого желудочка. Признаки миграции вентрикулярного катетера ниже палмы.

Со слов мамы 13.04.2022 в РКБ №1 нейрохирургом Хатамкиным Д.М. выполнено перепрограммирование палмы с 0,5 на 1,0 (Справки на руках нет). Со слов мамы ребенок стал чувствовать себя хуже.

04.06.2022 Консультация нейрохирурга Фатыховой Э.Ф. с учетом РКТ головы от 13.01.2022 - Дз: Внутренняя окклюзионная гидроцефалия. ВПШ справа (Strata II Valve, Small, установлена на level – 1,00 , Medtronic). Дисфункция ВПШ?

Настоящая госпитализация для проведения оперативного вмешательства.

Статус при поступлении: состояние средней тяжести, кожа сухая, видимые слизистые чистые, t-36,6°, гемодинамика устойчива, дыхание самостоятельное.

Неврологический статус: В сознании. Активный. Задержка психомоторного развития. Сидит самостоятельно. Говорит отдельные слова. Зрачки равные, фотореакция живая. Сходящееся косоглазие. Язык в полости рта по средней линии. Движения в конечностях D=S. СПР с рук и ног оживлены D=S. Спастический тетрапарез. Менингеальные знаки отрицательные.

Локально: послеоперационные рубцы без особенностей. Помпа шунта прокачивается свободно.

Обследования:

РКТ головы 14.06.22. Заключение: по результатам РКТ данные внутренней гидроцефалии, состояния после вентрикулоперитонеального шунтирования справа. Признаки уменьшения размеров боковых желудочков до щелевидных справа, отрыв перитонеального катетера от помпы шунта.

16.06.22 Операция: Вентрикулоперитонеальное шунтирование: «Ревизия шунта. Замена вентрикулоперитонеального шунта».(хирург – Э.Р. Бариев, выполнена замена перитонеального катетера, замена и транспозиция вентрикулярного катетера, давление сброса 1,0).

Проводимое лечение: тринальгин, цефазолин, лазикс, ондансетрон, инфузионная терапия.

Послеоперационный период на фоне проводимой терапии протекал с улучшением в виде регресса общемозговой симптоматики. Послеоперационные раны заживают первичным натяжением.

20.06.22 УЗИ брюшной полости – свободная жидкость в брюшной полости слоем 14 мм.

Статус на момент выписки: состояние с улучшением в виде регресса общемозговой симптоматики, кожа сухая, видимые слизистые чистые, $t-36,6^{\circ}$, гемодинамика устойчива, дыхание самостоятельное.

Неврологический статус: В сознании. Активный. Задержка психомоторного развития. Сидит самостоятельно. Говорит отдельные слова. Зрачки равные, фотореакция живая. Сходящееся косоглазие. Язык в полости рта по средней линии. Движения в конечностях D=S. СПР с рук и ног оживлены D=S. Спастический тетрапарез. Менингеальные знаки отрицательные.

Локально: послеоперационные раны заживают первичным натяжением, без признаков воспаления. Асептическая повязка.

Выписан с улучшением. В контакте с инфекциями не был, в отделении карантина нет.

Рекомендации:

1. Наблюдение невропатолога, хирурга по месту жительства.
2. Пантогам по 1 таб. х 2 раза в день внутрь 2 недели.
3. РКТ головного мозга через 3 месяца с последующей консультацией нейрохирурга.
4. Снять швы на 10 сутки после операции по месту жительства
5. Избегать жарких, душных помещений.
6. При ухудшении состояния – консультация нейрохирурга – cito!

Проведение МРТ на томографе с величиной индукции магнитного поля более 1,5 Тесла не желательно!

Прохождение через рамку металлоискателя, использование металлоискателя противопоказано!

В случае прохождения МРТ либо воздействия устройств с высокой интенсивностью магнитного поля проверка настроек помпы обязательна!

Лечащий врач

Зав. отделением, к.м.н.



Э.Р.Бариев

В.С. Иванов