

Выписка из истории развития ребенка

Махсудова Станислава Дилмуродовича,
проживающего по адресу:

Ребенок от 5 беременности, протекавшей на фоне анемии 1 степени в 23 нед., угрозы прерывания беременности, 31-32 недели, преэклампсия в 38 нед., хрон. Холецистит, гастродуоденит. В анамнезе у матери роды в 2003г — мальчик, умер в возрасте 3 лет, роды 2004г — мальчик, умер в возрасте 3 мес. (причина не уточняется). Роды в 2007г — мальчик. Роды в 2010г. - девочка, погибла в родах (причина не уточняется). Роды 3 на сроке 41 неделя, 1 п-д 8 час, 2 — 15 мин., б/п — 5 час. Околоплодные воды светлые. Родился весом 3540г, ростом 55см, окружность головы 36 см, окружность груди 33 см, оценка по Апгар 6-8 бб.

На 7 сутки ребенок переведен в ОПНИН РКБ, дз: Церебральная ишемия 2 ст, гипертенз-гидроцефальный с-м, ГБН по Rh- фактору, анемическая форма ср.ст.тяж. С-м дезадаптации ССС, ООО НКo. ВПР: полидактилия обеих кистей и лев. стопы. Киста 4 желудочка ГМ, поликистоз? нефропатия?

С рождения наблюдался неврологом.

Вакцинация медотвод.

С 1 года отставал в развитии на 2-3 эпикр.срока. В дальнейшем неоднократно обследовался и получал лечение в различных стационарах.

КТ 03.07.2013г. - структурных изменений со стороны ГМ не выявлено. Коллоцефалия.

22.11.2013 г — ВПР ГМ с-м Арнольда-Киари. Смешанная гидроцефалия. Расширение 4 желудочка. Консультация нейрохирурга 27.11.13г закл.: Данных за Арнольда-Киари нет.

Обследован в возрасте 6 мес в «Нейроне» с 01.2014г. (КТ) Д-з: Смешанная гидроцефалия, субкомпенсированная, расширение 4 желудочка, с-м арнольда-Киари, спастический тетрапарез ср. ст. Тяж.

МРТ ГМ 11.06.2014г. (11 мес): Мальформация Денди-Уокера. Смешанная гидроцефалия с преобладанием наружной. Киста промежуточного паруса.

Часто болел простудными заболеваниями. Неоднократно пневмония.

В сентябре 2017г — острый энтероколит (синегнойная палочка) — в лечении энтерол, вильпрафен, фуразолидон.

В 03.2019г находился на стационарном лечении в ИО БУЗ УР «ЗРБ МЗ УР» с дз: Хронический гнойный бронхит ассоциированный синегнойной палочкой средней степени тяжести ДНО, обострение. Соп дз: ВПР ЦНС, аномалия Арнольда-Киари, синдром Денди-Уокера. Смешанная гидроцефалия, ст. субкомпенсации. Киста промежуточного паруса. Смешанный тетрапарез выраженный. Эпилепсия симптоматическая частыми генерализованными приступами тонико-клонического характера.

Имеет статус некурабельного. Неоднократно получал лечение в отд. ПМПД. Наблюдается неврологом по месту жительства, гастроэнтерологом. Носитель гастростомы с 2022г. На постоянной основе получает конвулекс.

С 05/04/24 по 10/06/24 находился на стационарном лечении и обследовании в отделении «Детский хоспис» БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» с жалобами на приступы в виде тремора подбородка на фоне ОРВИ, беспокойство, периодически позывы к рвоте в течение длительного времени.

За время нахождения в стационаре состояние средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики.

Консультирован неврологом Роговой А.Н. от 08/04/24, заключение: Аномалия Денди-Уокера в виде смешанного грубого асимметричного тетрапареза с формированием контрактур и тугоподвижности суставов конечностей, синдрома глазодвигательных нарушений, грубого

бульбарного синдрома (носитель гастростомы), грубых интеллектуальных, речевых нарушений (сенсо-моторная алалия). Симптоматическая эпилепсия, клиническая ремиссия от 05.2020г. GMFCS MACS CFSC FMS N-N-N.

Рекомендовано продолжить прием АЭТ (конвулекс внутрь по 300мг/мл по 17 кап 3 р/сут постоянно), ЭЭГ сна.

Повторная консультация невролога от 15/04/24, с результатами ЭЭГ сна, с жалобами на эпизоды беспокойства, со слов мамы, приступы предоставили видео: ребенок беспокоится, переворачивается, хаотично двигает руками и ногами, головой, при этом взгляд фокусирует, длительность до 30-60 мин, при этом после опорожнения кишечника успокаивается. Всегда в бодрствовании. Также имеются эпизоды оральных автоматизмов — жует язык, с рвотным позывом, но также фиксирует взгляд. Заключение: Аномалия Денди-Уокера в виде смешанного грубого асимметричного тетрапареза с формированием контрактур и тугоподвижности суставов конечностей, синдрома глазодвигательных нарушений, грубого бульбарного синдрома (носитель гастростомы), грубых интеллектуальных, речевых нарушений (сенсо-моторная алалия). Симптоматическая эпилепсия, клиническая ремиссия от 05.2020г. GMFCS MACS CFSC FMS N-N-N.

Рекомендовано продолжить прием АЭТ (конвулекс внутрь по 300мг/мл по 17 кап 3 р/сут постоянно).

07/06/24 повторный осмотр с результатами СКТ ГМ:

Жалобы на эпизоды «рвотных позывов» в течение дня и обильную рвоту (01.06.24, 05.06.24), съеденной пищей, между кормлениями, с большим содержанием желчи, плохая усвояемость пищи, застой желудочного содержимого в гастростоме, слабость, вялость, заторможенность. Также имеются эпизоды беспокойства в течение дня (ребенок беспокоится, переворачивается, хаотично двигает руками и ногами, головой, кричит, при этом взгляд фиксирует, длительность до 30-60 мин), ранее после опорожнения кишечника успокаивался, сейчас состояние облегчается после приобретения вынужденного положения (лежа на животе), на сегодняшний день стул нерегулярный, склонность к разжиженно консистенции (слизистый 2кратно за сутки).

31.05.2024г за последние 4 года случился приступ в вечернее время в бодрствовании, вытягивание правых конечностей, капризничал, хныкал, беспокоился, но контакт полноценно оценить было затруднительно, длился около минут, после чего уснул. Купировался самостоятельно. Этому эпизоду предшествовало усиление рвотных позывов без рвоты, слабость. Также имеются эпизоды оральных автоматизмов — жует язык, с рвотным позывом, но также фиксирует взгляд. В терапии принимает конвулекс по 17 кап 3 р/сутки. СКТ ГМ 06/06/24: КТ картина мальформации Денди-Уолкера (вентрикулоцеле 4 желудочка, МЦМ, гипоплазия миндалик и червя мозжечка, увеличенная ЗЧЯ). Слабо-выраженная наружная гидроцефалия.

Дз: Аномалия Денди-Уокера в виде смешанного грубого асимметричного тетрапареза с формированием контрактур и тугоподвижности суставов конечностей, синдрома глазодвигательных нарушений, грубого бульбарного синдрома (носитель гастростомы), грубых интеллектуальных, речевых нарушений (сенсо-моторная алалия). Симптоматическая эпилепсия, срыв ремиссии от 31.05.24 GMFCS MACS CFSC FMS N-N-N. Гастропарез? Рекомендована конс гастроэнтеролога.

Гематолог от 25.05.24: Заключение: Анемия хронического заболевания, 2 степени тяжести. Аномалия Денди-Уокера в виде смешанного грубого асимметричного тетрапареза с формированием контрактур и тугоподвижности суставов конечностей, синдрома глазодвигательных нарушений, грубого бульбарного синдрома (носитель гастростомы), грубых интеллектуальных, речевых нарушений (сенсо-моторная алалия). Симптоматическая эпилепсия, срыв ремиссии от 31.05.24 GMFCS MACS CFSC FMS N-N-N. Носитель гастростомы с 2022г. Нефропатия неясного генеза. Поликистоз почек.

Нефролог от 11.04.24:

Жалобы: На повышение температуры тела до фебрильных цифр, в течение длительного времени, неспособность контролировать функции тазовых органов (мочеиспускание самостоятельное без катетера).

Анамнез заболевания: Поступил в отделение 5 апреля, при поступлении и до сегодняшнего дня у ребенка сохраняется повышение температуры тела, (температура снижается под действием жаропонижающих) кашля и насморка нет. Со слов мамы мочиться достаточно, моча обычного цвета, без неприятного запаха.

По амбулаторной карте ОАМ без патологии. УЗИ в 1 мес пиелэктазия справа лох до 5мм, Узи в 20,13г лоханка справа 5 мм. УЗИ в 2016г - лоханка справа 7 мм, диффузные изменения паренхимы обеих почек. УЗИ от 22г - без патологии
ОАК от 9.04 - анемия 87 г/л, повышение СОЭ до 27 мм/ч, сдвиг формулы влево без лейкоцитоза,
ОАМ от 9.04 - уд.вес 1010, лейкоциты до 5, бактерии ++, белок и эритроциты - 0,
ОАМ от 11.04 - лейкоциты 0-3
Биохимия от 9.04 - мочевина 14 ммоль/л, креатинин 89 мкмоль/л СРБ до 7,9
Наследственность по заболеванию почек неотягощена. У мальчика есть старший брат - здоров, у мамы 2 предыдущих беременности закончились мертворождением.

Локальный статус: АД 108/64 Пульс 102 Рост 164 см Вес 28 кг. Состояние средней тяжести за счет основного заболевания. Телосложение астеническое. Кожные покровы бледноватые, чистые. Отеков нет. Контрактуры нижних и верхних конечностей, деформация черепа. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные. Живот глубокой пальпации не доступен, ребенок беспокойный при осмотре. Питание через гастростому, усваивает. Стул оформленный. Со слов мамы диурез достаточный, ребенок в памперсе. Область полового члена без патологии, головка открывается, чистая без выделений.

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении):

Нефропатия на фоне основного заболевания? на фоне длительного приема жаропонижающих?

СКФ по Шварцу 67 мл/мин

На сегодняшний день ребенок не нуждается в специфическом нефропротективном лечении.

Откорректировать питание и пересчитать белковую нагрузку, получаемую ребенком за сутки.


повторить биохимию крови (креатинин, мочевина), ОЖСС, КНТ, сывороточное железо, ферритин

Повторить ОАК

бак посев мочи с чувствительностью к антибиотикам

УЗИ почек с доплером и мочевого пузыря

При необходимости повторная консультация нефролога



Выписан 10/06/24 с диагнозом: Аномалия Денди-Уокера в виде смешанного грубого асимметричного тетрапареза с формированием контрактур и тугоподвижности суставов конечностей (Спастическая тугоподвижность в суставах верхних конечностей, ФНС 3 ст. Спастическая комбинированная контрактура голеностопных суставов, ФНС 3 ст), синдрома глазодвигательных нарушений, грубого бульбарного синдрома (носитель гастростомы), грубых интеллектуальных, речевых нарушений (сенсо-моторная алалия). Симптоматическая эпилепсия, клиническая ремиссия от 05.2020г. GMFCS MACS CFSC FMS N-N-N. Грубая задержка психо-моторного развития. Носитель гастростомы (с 11.2022). D63.8 Анемия хронического заболевания, 2 степени тяжести. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, лекарственной этиологии? на фоне кистозной дисплазии левой почки по УЗИ. Пиелозктазия с обеих сторон. ХБП С3а А0. СКФ по Шварцу 55 мл/мин. Поликистоз почек.

Гастроэнтеролог от 27/06/24: Заключение: Аномалия Денди-Уокера в виде смешанного грубого асимметричного тетрапареза, грубый бульбарный синдром (носитель гастростомы 11.2022). Дискинезия толстого кишечника по гипомоторному типу. Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Анемия хронического заболевания 2 ст тяжести. 1. Диета индивидуальная : безмолочная каша 200 гр 2 р в день, мясное пюре 100 гр+ овощное пюре 150 гр, творог 100гр, фруктовое пюре 100гр, сбалансированная высококалорийная смесь Клинутрен джуниор 200 мл 2 р в день, 3 мес.

2. питьевой режим

3. медикаментозная терапия: нормобакт L 1 саше 1 р в день в 30-50 мл воды, 3 нед.

при нерегулярном стуле: лактулоза 15-20 мл 1 р в день курсом до мес+ тримекс 100 мг 3 р в день, до 1 мес.

4. наблюдение педиатра, невролога, гастроэнтеролога.

Травматолог ортопед заключение: ДЦП, спастический тетрапарез. Спастическая тугоподвижность в суставах верхних конечностей, ФНС 3 ст. Спастическая комбинированная контрактура голеностопных суставов, ФНС 3 ст. Эквино-каво-вальгусная деформация стоп, ФН стоп 3 ст.

Наблюдение невролога, педиатра.

- 1.ЛФК ежедневно.
- 2.Массаж общий №10 курсами.
- 3.Противопролежневый матрас и подушка.
- 4.Сложная ортопедическая обувь на утепленной подкладке.
- 5.Сложная ортопедическая обувь без утепленной подкладки.
- 6.Тутор на голеностопный сустав (2 шт.).
- 7.Кресло-коляска комнатная и прогулочная для детей-инвалидов.
- 8.Осмотр ортопеда 1 раз в год.

Жалобы на бледность кожных покровов, задержку ПМР. Ребенок не разговаривает, себя не обслуживает, не контролирует тазовые функции, не сидит, на кровати не двигается.

Объективный статус: Состояние средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики. Т*С тела 36.7*С. Контакту не доступен. Не говорит, эмоции живые. На осмотре глаза открыты, взгляд не фиксирует, за предметами не следит. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Слизистые розовые, чистые, влажные. Стенки зева розовые, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин. АД 110\78 Живот мягкий, при пальпации беспокоится. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул, со слов регулярный. Диурез достаточный. Питание получает через гастростому. Пищу усваивает. Перистомальная область без признаков воспаления. Неврологически: Сознание ясное. Контакту не доступен. Предметы руками берет, в кровати переворачивается. Не говорит, издает звуки, эмоции живые. На осмотре глаза открыты, взгляд не фиксирует, за предметами не следит. Менингеальные знаки abs. Голову удерживает неуверенно. Глазные щели OS=OD. Зрачки средней величины, равные. Фотореакция живая, прямая и содружественная. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Носогубные складки симметричные. Язык в полости рта. Глоточный и небный рефлексы снижены. Глубокие рефлексы с рук высокие, D=S, с ног высокие, D=S. Брюшные рефлексы снижены, D=S. С-м Бабинского с 2х сторон положительный. Мышечный тонус в конечностях повышен по пирамидному типу. Сила в конечностях в руках 3.0-3.5 б, в ногах до 2.0 б. Чувствительность оценить невозможно-когнитивные нарушения. Контрактуры крупных суставов конечностей. Клонусы стоп. Тазовые функции не контролирует.

Диагноз основной (расшифровка): Аномалия Денди-Уокера в виде смешанного грубого асимметричного тетрапареза с формированием контрактур и тугоподвижности суставов конечностей (Спастическая тугоподвижность в суставах верхних конечностей, ФНС 3 ст. Спастическая комбинированная контрактура голеностопных суставов, ФНС 3 ст), синдрома глазодвигательных нарушений, грубого бульбарного синдрома (носитель гастростомы), грубых интеллектуальных, речевых нарушений (сенсо-моторная алалия). Симптоматическая эпилепсия, клиническая ремиссия от 05.2020г. GMFCS MACS CFSC FMS N-N-N. Грубая задержка психо-моторного развития. Носитель гастростомы (с 11.2022). D63.8 Анемия хронического заболевания, 2 степени тяжести. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, лекарственной этиологии? на фоне кистозной дисплазии левой почки по УЗИ. Пиелоктазия с обеих сторон. ХБП С3а А0. СКФ по Шварцу 55 мл/мин. Поликистоз почек.



Врач Степанова О.П.