

	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnosławskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II 40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 0-32-207-18-00, fax. 0-32- 207-15-46 NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000	 Czysty Szpital czysty.bialy.org.pl
WYDANIE: 1	KARTA INFORMACYJNA LECZENIA SZPITALNEGO	F. 84k – DMP
Strona 3 z 3	Katedra Pediatrii, Klinika Pediatrii i Neurologii Wieku Rozwojowego tel. (032) 207-16-00	Obowiązuje od:07.12.2010

trzonów, trójkątów i rogów potylicznych komór bocznych, w przedmurzu oraz śladowo w torebkach wewnętrznych (odnogi tylne) i zewnętrznych - zmiany te są izointensywne w obrazach T1, nie wykazują patologicznego wzmocnienia kontrastowego, ani ograniczonej dyfuzji wody. W płatach potylicznych zmian te sięgają w niedużym zakresie do warstwy korowej. W pozostałym zakresie intensywność sygnałów istoty szarej i białej półkul mózgu oraz struktur tylnojamowych prawidłowa, bez ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego. Układ komorowy nadnamiotowy nieco szerszy (szerokość komory III do 8mm), z asymetrią rogów potylicznych komór bocznych (prawy szerszy). Hipokampy w przekrojach czołowych celowanych symetryczne, bez patologicznych sygnałów. Przestrzeń podpajęczynówkowa w okolicach czołowo-ciemieniowych nieco poszerzona (do 4mm). Szerokość zbiorników tylnojamowych w granicach normy.

Wnioski: Niespecyficzne zaburzenia sygnału istoty białej, zwłaszcza przykomorowo, obustronnie - w różnicowaniu należy wziąć pod uwagę zmiany dysmielinizacyjne, w przebiegu leukodystrofii/choroby metabolicznej, mniej prawdopodobne zmiany poniedotlenieniowe (z uwagi na regularny, równy obrys komór bocznych). Wskazane badanie kontrolne.

Konsultacja radiologiczna - 2012-06-04 Badanie MR głowy wykonano 31.05.2012r u dziecka w wieku 4 lat. Obraz zgodny z opisem dr A. Kiełtyka. Symetrycznie położone pasmowate obszary o podwyższonym sygnale w sekwencji FLAIR, T2 w przykomorowej istocie białej wzdłuż tylnych części trzonów, trójkątów i rogów potylicznych komór bocznych, w przedmurzu oraz śladowo w torebkach wewnętrznych. W badaniu brak zróżnicowania sygnałów z istoty szarej i istoty białej. Wąska linia kora widoczna jest w sekwencji FLAIR z powodu niskiego/wysokiego nieprawidłowego sygnału istoty białej. Brak cech zaburzeń dyfuzji wody. Dysproporcja w objętości istoty białej i szarej, wąskie konary mózgu jako wyraz zmniejszonej ilości dróg korowo rdzeniowych? cechy zaniku? Intensywność sygnałów struktur tylnojamowych prawidłowa, bez ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego. Układ komorowy nadnamiotowy nieco szerszy (szerokość komory III do 8mm).

Hipokampy w przekrojach czołowych celowanych symetryczne, bez patologicznych sygnałów.

Wnioski: Zaburzenia sygnału istoty białej - w różnicowaniu należy wziąć pod uwagę zmiany o charakterze leukoencefalopatii, leukodystrofii/choroby metabolicznej? Proponuję kontrolne badanie za około 6 - 12 miesięcy.

ENG-przewodnictwo prawidłowe

EMG: Skurcz mięśniowy pośrednio bogaty do 3000uV. PJR w normie

EEG: Badanie wykonano we śnie spontanicznym u dziecka leczonego Depakiną chr., Topamaxem i Clonazepamem. Cechy bioelektryczne snu są wyrażone. Zmiany są uogólnione. Występują pod postacią licznych 1-4sek. wyładowań napadowych fal delta, theta, ostrych, iglic, zespołów iglicy-fali nisko, średnio i wysokonapięciowych. Fotostymulacja bez wpływu na zapis.

ZAPIS NIEPRAWIDŁOWY

Badanie videoEEG (28-05-2012) Dziecko leczone Depakiną chr., Topamaxem i Clonazepamem. Badanie przeprowadzono u chłopca niespokojnego w czuwaniu przy oczach otwartych i zamkniętych. Na tle czynności podstawowej odpowiedniej dla wieku obserwuje się nieprawidłowości pod postacią nienapadowych grup i serii fal theta o amplitudzie do 100uV. Podczas badania pięciokrotnie wystąpiły napadowe mioklonie powiek z nieświadomością i opadaniem głowy korelujące w EEG z 2-4sek. wyładowaniem fal delta, theta, ostrych, iglic, zespołów iglicy-fali (2-4Hz) nisko, średnio i wysokonapięciowych.

Konsultacja okulistyczna (28.05): Wg matki widzi dobrze z daleka i bliska. Wodzi za przedmiotami, kontakt dobry. Przedni odcinek prawidłowy. Ośrodki optyczne przeziernie. Dno oczu w granicach normy.

Konsultacja logopedyczna: Niesamoistny opóźniony rozwój mowy. Brak pewności co do rozumienia mowy. Często brak adekwatnej reakcji na zadane pytanie lub odpowiedź w formie echolalii. Z wywiadu - informacje potwierdzają ignorowanie przez dziecko próśb o wykonanie poleceń, chłopiec skupiony tylko na swoich czynnościach i zainteresowaniach. Dziecko potrzebuje stałego towarzystwa osoby dorosłej. Nie wykazuje inicjatywy i chęci do zdobywania nowych umiejętności. Nie jest samodzielny, ma trudności z samoobsługą. Od stycznia 2012 obserwuje się regres umiejętności ruchowych. Mowa dziecka rozwijała się z opóźnieniem. Wypowiedzi chłopca to równoważniki zdań, złożone maksymalnie z 3 elementów. Od ukończenia przez dziecko 2 rż jego umiejętności komunikacyjne nie rozwijają się. Informacje z wywiadu potwierdzają regres ruchowy i komunikacyjny dziecka, od czasu wystąpienia dużej ilości stanów napadowych.

Wskazana jest wieloprofilowa opieka nad dzieckiem, a także monitorowanie rozwoju mowy.

ENG (28.05.): N.tibialis dex.- przewodnictwo w badanym nerwie prawidłowe.

EMG (30.05): M.tibialis ant.- Skurcz maksymalny pośredni bogaty do 3000uV. PJR w normie.

Profil kwasów organicznych w moczu, TANDEM-MS, VLCFA, Arylosulfataza A- w toku

Lekarz Prowadzący

BEATA WISŁĘK-KAMIŃSKA

Mkichał Markowski 03270904679
specjalista chorób dziecięcych

tel. 603-644-625

9475691

Dr **Lekarz Oddziałowy**
SPECJALISTA CHOROBY DZIECI
SPECJALISTA NEUROLOGII DZIECIĘCZEJ
43-200 Pszczyna, ul. Cieszyńska 14A