

консистенции, б/б. Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу. Tanner2 (P1,G2). Testis в мошонке, D=S= 1 мл. Заключение: Гипопитуитаризм: СТГ-дефицит, вторичный гипокортицизм, вторичный гипотиреоз. Гиперпролактинемия. Центральный несахарный диабет, парциальный (в настоящее время не требует мед коррекции). ППР, центрального генеза (прогрессия).

Окулист от 27.12.16 - Vis OD = Vis OS = плавающие движения глазных яблок, прямые фотореакции не определяются, реакция на подвижность живая, ДЗН монотонно бледный OD>OS, контуры четкие. Артерии сужены, вены в калибре не изменены. МЗ, периферия б/о. Заключение: На глазном дне атрофия зрительных нервов. Миопия слабая с астигматизмом.

ЭЭГ от 27.12.16 - сохраняются грубые диффузные изменения б.э.а мозга по резидуально-органическому типу с устойчивыми проявлениями эпилептиформного характера (индекс более выражен в состоянии сна и по левой гемисфере) и клиническими приступами при засыпании и субклиническими в состоянии сна.

Невролог от 27.11.6 - Синдром детского церебрального паралича, тетрапарез.

Симптоматическая эпилепсия. Приступы. Грубое нарушение психо-моторного развития. Клинически состояние стабильное, сохраняется задержка ПМР, тетрапарез. Постоянно получает Л-тироксин, Демифосфон, Леветирацетам, Депакин хроносфера.

Заключение:

У ребенка в возрасте 3 мес заболевание манифестировало симптомами ВЧГ. При МРТ выявлено образование ХСО. Выполнена нерадикальная резекция опухоли, гистологически верифицирована пилоидная астроцитомы.

В течение 5 лет 1 мес находится на динамическом наблюдении. По данным МРТ - стабилизация болезни.

Постоянно получает АЭТ, гормональную заместительную терапию для коррекции гормональных нарушений.

Рекомендации:

1. МРТ головного мозга без и с КУ выполнять 1 раз в год
2. Осмотр окулиста, невролога, онколога по схеме выполнения МРТ.
3. Занятия ЛФК, бассейн
4. Противопоказаний для вакцинации инактивированными вакцинами и проведении реакции Манту нет.
5. Исследование гормонов крови (св.Т4, ТТГ, кортизол, пролактин,ИФР-1 (соматомедин-С), тестостерон, ЛГ, ФСГ, ПТГ - контроль 1 раз в 6 мес (в день сдачи Л-тироксин не пить! на 21 д после инъекции Диферелина), УЗИ ЩЖ и консультация эндокринолога 1 раз в 6 мес.
6. Рекомендации эндокринолога: 1. Диферелин 1,87 мг (1/2 ампулы) внутримышечно 1 раз в 28 дней. Пропуски в инъекциях недопустимы. Прерывание лечения может привести к прогрессированию полового развития, ухудшению ростового прогноза, 2. Л-троксин 75 мкг/сут, 3. Кортеф: 2,5 мг- утром (7.00-8.00), 2,5 мг- днем (16.00), ежедневно, запивать молоком или киселем. При наличии слабости, интеркурентных заболеваниях (ОРЗ, ОРВИ), стрессов – дозу кортефа увеличить до 10 мг/сут в 2-3 приема, сроком на 2-5 дней, в зависимости от тяжести заболевания. При тяжелых состояниях, резкой слабости, тошноте, повторной рвоте, потере сознания, оперативных вмешательствах – контроль электролитов, вводить суспензию гидрокортизона 1 мл (25 мг) в/м, каждые 4-6 часов до нормализации состояния, 4. Контроль электролитов при появлении жажды и полиурии. 5. Консультация нефролога, 6. Костный возраст через 6 мес.
7. ЭЭГ 1 раз в 6 мес
8. Назначения невролога: Леветирацетам в сиропе 600 мг 2 раза в день - длительно, Вальпроевая кислота (Депакин хроносфера) 750 мг в сутки длительно. При сохранении приступов возможно добавление к терапии окскарбазепина (трилептал) в дозе до 30 мг/кг/сут - до 600 мг в сутки (в суспензии от 1 до 5 мл 2 раза в день)