



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997
ИНН 7728095113 | КПП 772801001 | ОГРН 1027739054420
Тел./факс: +7 495 434 0329, +7 495 434 6129 | E-mail: rsmu@rsmu.ru

**ОБОСОБЛЕННОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ -
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА**

ул. Талдомская, д.2, г. Москва, 125412
Тел./факс: +7 495 484-02-92, +7 495 483-33-35 | E-mail: niki@pedklin.ru

ДЕТСКОЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ-2
Телефон: 8(495)-483-44-07

Консультация невролога по медико-психиатрии 13.09.2019

Ребенок: Алешин Артем Александрович

Возраст: 11 л

Дата рождения: 03.07.2008г.

Домашний адрес: г.Саратов, ул. Уф

Диагноз заключительный клинический: Эпилептическая энцефалопатия с продолженной спайк-волновой активностью во сне. Детский церебральный паралич, смешанная форма. (G40.0).

Сопутствующий диагноз: выраженная задержка психоречевого развития. Дизартрия. (F 83.0).

Жалобы: нарушение психоречевого развития, эпилептические приступы, последний 12.09.2019.

Anamnesis vitae, morbi: Мальчик от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, стремительные, на 40 неделе беременности. Вес при рождении 3140 г., рост 52 см. Оценка по Апгар 2/3 балла. Находился в ОРИТ, ИВЛ 4 суток, перевод в ОПН через 29 суток. До года кормился через зонд. В настоящее время практически не жует. Пищу ест протертую.

Раннее развитие: голову удерживает с 4 мес., сам садится с 8 мес., самостоятельная ходьба с 2,5 лет. Произносит слоги около 7 лет 6 мес., неосознанно, до этого произносил только нечленораздельные звуки. Различает своих – до года. Играет игрушками с 6 мес., с раннего возраста нарушена мелкая моторика, шаткость походки.

С первых месяцев жизни наблюдается неврологом по поводу недостаточности психомоторного развития, получал курсы терапии (массаж, физиолечение, рефлексотерапия, стимуляторы нервной системы (кортексин, актовегин, пантогам, церетон, церебро), отмечался положительный эффект.

В ноябре 2012 (4 года)- первый судорожный приступ: при просыпании тонико-клонические судороги, сведение глаз к переносице. Длительность около 30 минут, купировался реланиумом. Назначен - депакин – хроносфера 250 мг в сутки. На ЭЭГ постоянно регистрируется эпилептиформная активность, видео-ЭЭГ мониторинг -выявлялась активность во сне. Очередной приступ через 1,5 года при пробуждении, аналогичный, длился 2-3 минуты, купировался самостоятельно. Доза депакина повышена 500 мг в сутки. Последний приступ – также через полтора года (октябрь 2015г), аналогичный второму, такой же длительности, добавлен топалепсин, титровался затем- доза снижена в связи с побочными эффектами. Препарат заменили на Кеппру. В терапию ввели третий препарат Этосуксимид. ЭЭГ – Видео мониторинг сна в декабре 2015 – продолженная эпилептиформная активность сна с высоким индексом до 90% в правой теменной области.

ВЭЭГ 13.03.2017 года-эпилептиформная активность левой лобно-центрально-теменной области и

независимо в правой лобно-височной области. Во время сна индекс патологической активности существенно увеличивается, на некоторых эпохах доходя до 85-90%. Отмечается распространение на все правое полушарие.

МРТ головного мозга- органического поражения не обнаружено. В марте 2017 ребенок впервые обследован и пролечен согласно протоколу клин апробации. Проведена инфузионная терапия Солу-Медролом и назначен Метипред перорально. На фоне лечения отмечается положительная динамика в когнитивной сфере в виде улучшения понимания речи и окружающей обстановки, появления способности осознанно говорить да и нет, объяснять жестами свои потребности, уменьшения слюнотечения, улучшения жевания, некоторого улучшения походки. Отмечается прибавка массы тела 8 кг.

На контрольном ЭЭГ в июле 2017г у ребенка в бодрствовании отсутствовала эпилептическая активность, сон не был зарегистрирован. За последнее время отмечается дальнейшая положительная динамика в когнитивной сфере. Суммарная прибавка веса на гормональной терапии 12 кг.

В сентябре 2017г по ЭЭГ зарегистрирован короткий фрагмент поверхностной стадии медленного сна. В левой центрально-височной области, с крайне низкой представленностью, зарегистрированы спайки амплитудой 45-70 мкВ и единичные амплитудой не превышающей 50мкВ в правой центральной области. По морфологии данные спайки напоминают слабо выраженные доброкачественные эпилептиформные разряды детства (ДЭРД), на этапе регресса.

В марте 2018г доза метилпреднизолона 1/2т. По данным ЭЭГ : Нормальная ЭЭГ бодрствования в начале исследования и после пробуждения: фоновая активность сформирована по возрасту. Патологическая ЭЭГ сна: региональная эпилептиформная активность в левой центрально-височной и менее выраженная в правой центральной областях с крайне низкой представленностью. По морфологии данные спайки напоминают слабо выраженные доброкачественные эпилептиформные разряды детства (ДЭРД), на этапе регресса. В мае 2018г метипред полностью отменен, ухудшения состояния не отмечалось.

За последние пол года отмечается возобновление тонико-клонических приступов в бодрствовании, длительностью по 1 мин, купируются самостоятельно.

Рекомендации:

- 1) Наблюдение педиатра, невролога по месту жительства.
- 2) **В связи с резистентным характером эпилепсии, жизнеугрожающим характером приступов, выраженностью эпилептиформной активности, высоким риском провокации эпилептических приступов с ухудшением психических функций антиэпилептические препараты замене на дженерики не подлежат.**
- 3) Вальпроевая кислота в гранулах пролонгированного действия (Депакин-хронсфера) 700 мг х 2 р.д. (41мг/кг\сут)
- 4) Леветирацетам (Кеппра) 750 мг х 2 р.д. (44 мг/кг\сут) с повышением дозы на 250 мг 1 раз в 10 дней до 1000 мг х 2 раза в сут (59 мг/кг/сут).
- 5) При неэффективности повышения Кеппры провести ВЭЭГ для решения вопроса о коррекции терапии.
- 6) С целью уточнения диагноза рекомендовано провести анализ генов панели: «Наследственные эпилепсии», данное исследование в НИКИ Педиатрии не проводится.
- 7) При сохранении выраженных нарушений поведения рекомендована консультация психиатра для назначения корректоров поведения.
- 8) **Противопоказаны: Кортикостероиды, Церебролизин, энцефабол, пираретам (луцетам, ноотропил), пикамилон, амниалон, фезам, инстенон, массаж, физиотерапия, электростимуляция, тепловые процедуры, антихолинэстеразные препараты, нейромультивит (В12)**

Лечащий врач

Шидловская О.А.

