

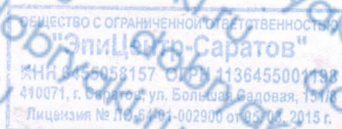


**«ЭпиЦентр-Саратов»**  
Российская Федерация, г.Саратов,  
410054, Фрунзенский район,  
ул.Большая Садовая, д.151/18

**Медицинский центр неврологии, диагностики и лечения эпилепсии**

**телефоны: 8(8452) 56-12-33 +7 962 616 84 44**  
**e-mail: epicentr64@gmail.com**  
**эпицентр64.рф**

### **Выписка из истории болезни**



**Язиков Артем Витальевич**  
**19.06.2016 года рождения**

Живет в частной квартире  
ул.Крупная д.111 кв.62  
Тел. 8(8452) 640-289-12-00

**Жалобы:** 1) ежедневные приступы в виде остановки взгляда и деятельности, легкие причмокивания, длительностью до 5-10 сек, после приступа сонливость; 2) ранее приступы в виде остановки взгляда и деятельности переходили в ассиметричное напряжение 3) периодически навязчивые действия (мытьё рук по много раз и др.); 4) сонливость, нарушение координации, плохой набор веса.

**Анамнез жизни:** Ребенок от 1 беременности, гестоза 2 половины, ПКС (тазовое предлежание), вес при рождении 3400гр. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

**Семейный анамнез** не отягощен.

**Анамнез заболевания и фармакоанамнез.** Болен с 1 года 4 мес, приступы с остановкой взгляда и деятельности, наклоном туловища вперед, длительностью до нескольких секунд, частотой до 5 раз в сутки. Через 3 мес, несмотря на лечение присоединились приступы с падением и асимметричным напряжением в конечностях, могли провоцироваться неожиданными звуками, чаще при пробуждении.

Старт с вальпроевой кислоты (Депакин хроносфера) до 375 мг/сут (31 мг/кг/сут) – без эффекта

Вальпроевая кислота (Депакин хроносфера) 500 мг/сут (61 мкг/мл) + окскарбазепин (Трилептал) до 1080 мг/сут (22 мкг/мл) – временный эффект на введение и повышение дозы.

В мае 2019 года окскарбазепин (Трилептал) заменен на карбамазепин (Тегретол ЦР) до 800 мг/сут – приступы продолжались.

Карбамазепин (Тегретол ЦР) 600 мг/сут + леветирацетам (Кеппра) до 750 мг/сут – временный эффект.

В настоящее время получает: карбамазепин (Тегретол ЦР) 700 мг/сут, топирамат (Топамакс) 50 мг/сут с незначительным эффектом.

### **Результаты обследований.**

**МРТ головного мозга (ЗТ, эпилептокол, интубация) от 25.01.20г:** МР признаки небольшого снижения объема белого вещества головного мозга. Множественные очаговые изменения вещества головного мозга, вероятно, резидуального характера.

**ПЭТ/КТ от 04.03.20г:** гипометаболизм глюкозы в височных долях с преобладанием в правой лобной доле, стволе мозга и мозжечке.

**Секвенирование экзона от 21.01.19г (лаб.Генетико):** клинически значимых мутаций не найдено.



**2-хсуточный видео-ЭЭГ-мониторинг от 11.19г:** эпилептиформная активность во сне в виде спайков и острых волн в теменно-затылочно-центрально-вертексных отведениях билатерально-синхронно, с правосторонним акцентом, также редко в правой лобно-центральной области в ряде случаев в структуре диффузной медленной волны. В бодрствовании фокальные немоторные с прерыванием активности приступы (с тоническим компонентом и кистевыми автоматизмами, иктальные паттерны в правой височной области. Субклинические паттерны справа. В ряде случаев вслед за замедлением регистрировалась быстрая активность в правой лобно-центрально-височной области с выраженным диффузным распространением и клинически слабо выраженной неспецифической двигательной активностью – фокальные приступы (неклассифицируемые).

**Междисциплинарный консилиум группы по хирургическому лечению эпилепсии (РДКБ, г. Москва):** рекомендовано проведение хирургического вмешательства по установке диагностических глубинных электродов и проведение стерео-ЭЭГ для определения эффективного объема хирургического лечения эпилепсии.

**Неврологический статус.** В сознании, общее состояние удовлетворительное. Голова округлой формы. При осмотре контактен, адекватен. ЧМН без особенностей. Рефлексы живые, без достоверной разницы сторон, патологических нет. Мышечный тонус низкий. Координаторных нарушений не выявлено, отмечается общая неловкость, пошатывание при ходьбе. Психомоторное развитие по возрасту. Менингеальных знаков нет.

Масса тела 17 кг

**Диагноз:** Структурная фокальная эпилепсия. Фокальные моторные билатеральные тонические и атонические, фокальные немоторные с прерыванием активности приступы с прерыванием активности, переходящие в моторные тонические и атонические. Кортикальная дисплазия правой лобно-центральной (+правой височной?) области.

Решением ВК №108 от 27.07.20г, учитывая резистентность к терапии, наличие структурного дефекта, рекомендуется направить в РДКБ г. Москвы для проведения хирургического вмешательства по установке диагностических глубинных электродов и проведение стерео-ЭЭГ для определения эффективного объема хирургического лечения эпилепсии, для чего выписка направляется в Минздрав Саратовской области.

Лечащий врач, главный врач Эпинеиро  
к.м.н. Карась Антонина Юрьевна

27.07.2020г.

