

ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ

Невролог - эпилептолог
Генералов Василий Олегович

www.VEEG.RU

телефон для справок: +7(495) 509-27-59

Медицинский центр
ПЛАНЕТА МЕД

117105, Москва, Варшавское шоссе, 13
Тел. (495) 509-27-59

ФИО. Максимов Матвей Андреевич

Возраст 6 лет (31.10.2012гг)

Дата видеоконсультации 29.10.2019г

Диагноз: Криптогенная лобная эпилепсия, с синдромом ВВС. Миклоджические, Сложные парциальные и Вторично-Генерализованные судорожные приступы.

Из анамнеза: Ребенок от 1-й беременности у Rh-отр матери проводились повторные введения D-антител для профилактики развития резусконфликта, роды самостоятельные на 38 неделе беременности, ранний неонатальный период без особенностей.

Психо-моторное развитие соответствует возрасту.

В 2 года после повторно перенесенных ОРВИ, появление внезапных эпизодов падений (с ретропульсией), шаткости при ходьбе, тошнота, с однократной рвотой, общая слабость, сонливость, нарушение координации, сохранялись в течение неск дней. Проведено комплексное обследование, в тч нВЭЭГ мониторинг 08.11.14г – типичная эпилептическая активность не зарегистрирована; консультирован ото-неврологом (все заключения на руках), с окончательным диагнозом левостороннего отита, проведен курс а/б терапии, метаболической терапии с положительной динамикой, через 3 месяца полное восстановление.

МРТ ГМ 20.11.14г (Демушкина АА) – МР признаки симметричных зон лейкопатии перивентрикулярно в области задних рогов БЖ, субатрофия правого гиппокампа (на МРТ асимметрия гиппокампов S>D), отек слизистой в воздушных ячейках пирамиды левой височной кости.

Однако сохранялись жалобы на частые икоты по ночам. Ребенок предъявлял жалобы на отсутствие зрения в «правом глазу», обследованы окулистом, патологии не выявлено.

12.15г после повторных ОРВИ, 17.12.15г впервые развился фебрильный судорожный приступ (температура тела 39,5 грС), длительностью до 2-х минут, купировался самостоятельно.

18.01.16г утром в бодрствовании (в это время находился в детском саду) развился наркисм с отключением сознания и диффузной мышечной гипотонией (со слов очевидцев) длительностью до 2-х минут, 2-ды с кратковременным интервалом, госпитализация в Подольскую ДКБ (выписка на руках), выписаны на 5-й день в удовлетворительном состоянии.

Рекомендован прием Конвулекса (по заключению ЭЭГ – снижение порога судорожной готовности).

Контрольный МРТ ГМ+МРА 27.01.16г (Морозовская ДКБ) – МР признаки постигмоксической лейкопатии в области задних рогов БЖ, в остальном без клинически значимых изменений. Патологически значимых изменений экстра- и интракраниальных артерий, в тч брахиоцефальных ветвей дуги аорты не выявлено.

нВЭЭГ мониторинг 09.02.16г (без ПСТ) – фоновая ритмика сформирована соответственно возрасту, во время исследования зарегистрирована эпилептическая активность, в бодрствовании представленная бифронтальными разрядами пик-волновых комплексов амплитудой до 150 мкВ, пик-волновыми комплексами независимо в правой и левой лобно-центрально-теменной области, во время ночного сна эпилептическая активность представлена высокоамплитудными всплесками диффузных разрядов пик-волновых комплексов, с амплитудным преобладанием то в правой, то левой лобной области.

Во время исследования зарегистрированы 2 эпилептических приступа: в бодрствовании во время проведения ГВ (1-я минута) в виде генерализованного вздрагивания с кивком головы вперед, с последующим раскидыванием рук в стороны в это время икctalная эпилептичность представлена бифронтальной вспышкой пик-, полипик-волновых комплексов, амплитудой до 1500 мкВ, длительностью до 0,5 сек, с последующим диффузным замедлением фоновой ритмики. В 03.32 после парциального ночного пробуждения развился приступ с отключением сознания клонико-тонико-клоническими судорогами, началу приступа предшествовало появление тета-замедления в лобных отведениях, с последующими появлением пик-волновых комплексов в правой лобной области, билатерально-синхронного разряда пик-волновых комплексов амплитудой до 1500 мкВ с быстрой последующей генерализацией эпилептической активности, длительность приступа до 2-х минут, окончание приступа сопровождалось единичными вздрагиваниями, жевательными движениями. После приступа диффузное замедление фоновой ритмики.

С 10.02.16г начат прием Депакина хроносферы 200 мг/сут.

С 11.02.16 появление регулярных серийных миоклонических вздрагиваний максимальной длительностью до 30 сек, возникающих после пробуждения, единичные в течение дня, перед засыпанием (3-4 раза в течение дня), после пароксизмов чаще громкий плач. Максимальный межприступный период 1-2 дня.

13.02.16г после дневного сна 2-й ВГСП, с уриацией, длительностью до 3-4 минут, после спутанность, сонливость, затруднение речи, постприступный сон.

С 17.02.16г Депакин хрсф 0,4 г/сут, на этом фоне присоединение пароксизмов с внезапным падением ребенка назад.

С 20.02.16г Депакин хрсф 0,5 г/сут, появление спонтанной икоты.

22.02.16г днем через 1 час после пробуждения 3-й ВГСП, длительностью до 5 минут, повторный приступ вечером при засыпании.

На фоне регулярного приема Депакина 0,5 г/сут ВГСП в ночь на 25.02.16г, длительностью до 8-ми минут, с длительной постприступной спутанностью, нистагмическим движением глазных яблок, жеванием, с периодической флуктуацией сознания. Бригадой СП введен р-р Реланиума (0,5 мл?), постприступный сон. Утром после пробуждения шаткость при ходьбе, с заваливанием на правый бок, расторможенность, ухудшение речевой продукции.

Заключение от 25.02.16г: С началом приема Депакина отмечаются признаки непереносимости: усиление расторможенности ребенка, неустойчивости походки, повышение аппетита, ухудшение интеллекта – вероятнее всего речь идет о Вальпроевой энцефалопатии.

В дальнейшем необходимо проводить ДФДЗ: с метаболическими нарушениями и Прогрессирующими миоклоническими эпилепсиями.

С 26.02.16г дозировка Депакина снижена до 300 мг/сут в терапию добавлена Кеппра с постепенным наращиванием дозировки до 250 мг/сут, на этом фоне отмечалась аггравация приступов: появление серийных ВГСП в бодрствовании, учащение миоклонических вздрагиваний, при дальнейшем наращивании дозировки Кеппры до 500 мг/сут присоединение диалептических приступов: «замирания» с фасцикуляциями мимической мускулатуры. При этом с отменой Депакина отмечается улучшение ребенка в виде уменьшения проявлений заторможенности, когнитивных функций, улучшения походки.

14.03.16г госпитализация в Морозовскую ДКБ, с последующим переводом в отделение наследственных нарушений обмена веществ (выписка на руках).

Проводились контрольные ВЭЭГ исследования и дальнейший подбор ПСТ: добавление Топирамата в максимальной дозировке 18,5 мг/сут усиление миоклонических приступов – отмена. При добавления в терапию Этосуксимида с постепенным наращиванием дозировки до 400 мг/сут и снижением Кеппры до 375 мг/сут с положительной динамикой в отношении купирования «замираний» и миоклонических приступов, с сохранением

удовлетворительном состоянии, в течение 5 дней ни каких пароксизмальных состояний не отмечалось. С 01.04.16г дозировка Этосуксимида увеличена до 500 мг/сут.

02.04.16г госпитализация в ОРИТ в Подольскую ДКБ, после развития серии Вторично-генерализованных приступов (9 ВГСП), не купирующихся введением Дексаметазона, в дальнейшем в/в введения р-ра Реланиума (12 мг/сут) – выписка на руках.

04.04.16г повторная госпитализация в Морозовскую ДКБ, орфанное отделение. На фоне регулярного приема Этосуксимида 0,5 г/сут+Кеппра в максимальной дозировке 750 мг/сут сохранялись ежедневные серийные тонические сгибательные приступы, возникающие как во время дневного, так и ночного сна, с минимальным интервалом 10-15 минут.

Проводился дальнейший подбор ПСТ: с постепенной отменой Кеппры и добавлением в терапию с 08.04.16г Сейзара (Ламиктала) с медленным титрованием дозировки до 37,5 мг/сут, на этом фоне отмечалась положительная динамика в виде постепенного урежения приступов сна, кратковременный период возобновления миоклонических приступов в течение 2-х суток с последующим их нивелированием. Сохраняются тонические сгибательные приступы, возникающие во время ночного сна, мб до 3-х раз в течение ночи, приступы во время дневного сна не повторялись.

Последний ВГСП в бодрствовании 18.04.16 в дневное время.

Проводились дообследования: МРТ ГМ с в/в контрастным усилением 07.04.16г – в сравнении с предыдущим исследованием отмечается незначительное расширение оболочечных пространств больших полушарий, тел БЖ; в остальном без динамических изменений. Участков копящих контрастное вещество не выявлено.

Обследован эндокринологом (рекомендованы повторные дообследования для исключения патологии щитовидной железы), снижение ТТГ, УЗИ щит железы – без патологии.

Консультирован кардиологом – транзиторные эпизоды гипертензии.

Повторные ОАК, б/х крови с электролитами – без клинически значимых изменений.

Исключены нейротропные вирусные и паразитарные инфекции.

Анализ крови методом ТМС 15.03.16г – патологии не выявлено.

Анализ крови на НБО: Gm2 ганглиозидоз, HCL2, в гене POLG (с-м Альперса) – патологии не выявлено, FGF21 – не превышает 300 пг/мл (норма 0-330) может свидетельствовать о наличии патологии дыхательной цепи митохондрий с вовлечением мышечной системы.

ан.крови и мочевого осадка методом MLPA на наиболее часто встречаемые митохондриальные нарушения от 22.04.16г – отклонений от нормы не обнаружено.

Синдром Драве – исключен.

Генетический ан.крови на GLUT1 (SLC2A1) от 31.03.16г – в экзоне 10 выявлена однонуклеотидная замена в гетерозиготном состоянии обуславливает развитие идиопатической генерализованной эпилепсией с неполной пенетрантностью. Даны рекомендации для исследования образца ДНК родителей.

Тесты на частые митохондриальные мутации (POLG)

ЭЭГ 18.04.16г – зарегистрировано 2 независимых источника эпилептической активности в правой и левой (чаще носят латерализованный характер по всему левому полушарию) лобно-центральной области, диффузные разряды, в сравнении с предыдущим исследованием от 06.04.16г отсутствие фотопароксизмального ответа.

Кеппра отменена полностью с 19.04.16г, Ламиктал увеличен до 50 мг/сут с 20.04.16г, на этом фоне в ночь на 20.04.16г однократный тонический ВГСП, длительностью до 40 сек.

Сохраняются жалобы на нарушения ночного сна (беспокойный сон), икоты, нечеткость речи.

С 20.04.16г дальнейшее постепенное наращивание дозировки Ламиктала до 75 мг/сут (с 09.05.16г), на этом фоне сохраняются регулярные ночные тонические приступы длительностью 10-15 сек и ВГСП максимальной длительностью до 1 минуты, максимально до 3-х раз в течение ночи (10.05.16г), максимальный безприступный период

1-2 ночи, отмечается положительная динамика в виде отсутствия приступов в дневной сон, и в бодрствовании, отсутствие миоклоний.

Сохраняются жалобы на избыточную гиперсаливацию, заторможенность и отечность лица утром после пробуждения. Беспокойный сон (парциальные пробуждения, скрежет зубами).

днВЭЭГ мониторинг 10.05.16г (Этосукс 0,5 г/сут, Лам 75 мг/сут) - Грубые нарушения формирования корковой ритмики бодрствования в виде ее замедления;

- Задержка формирования паттернов сна;
- Во время исследования зарегистрирована эпилептическая активность представленная:
 - множественными диффузными и бифронтальными вспышками одиночных комплексов острая-медленная волна, полипик-волновых комплексов, амплитудой до 400 мкВ и диффузными, частотой 2-2,5Гц, реже нерегулярными вспышками комплексов острая-медленная волна, амплитудой до 400 мкВ, длительностью до 0,5 секунды, с периодическим амплитудным преобладанием в правой, реже левой лобно-теменной области.
 - Комплексами острая-медленная волна амплитудой до 350 мкВ, зарегистрированными в правой лобной области.
 - Комплексами острая-медленная волна амплитудой до 350 мкВ, зарегистрированными в левой лобной области.
 - При сравнении с предыдущим исследованием отмечается уменьшение амплитуды и длительности серий паттернов эпилептической активности. Также обращает на себя внимание уменьшение индекса пароксизмальности эпилептической активности во время сна.

С 12.05.16г начат прием Конвулекса с постепенным наращиванием дозировки до 300 мг/сут (с 16.05.16г) на этом фоне сохранялись регулярные парциальные полиморфные приступы, однократно ВГСП. С 17.05 по 24.05.16г приступы отсутствовали.

С 25.05.16г во сне ГСП, с 26.05.16г дозировка Конвулекса увеличена до 375 мг/сут. На этом фоне во время дневного и ночного сна сохраняются кратковременные парциальные оральные приступы (с «зажевыванием нижней губы и подергиванием мышц лица), ВГСП длительностью до 1 минут, после пробуждения самочувствие не страдает, интервалы между приступами до 3-5 дней, мб быть в течение нескольких дней подряд с последующим перерывом.

Последние ВГСП во время ночного сна 07.06.16г (накануне пропуск приема Ламиктала 25 мг) и 08.06.16г.

Сохраняются жалобы на мигрирующую анизокорию в течение дня, периодическую икоту, нарушение поведения накануне приступа.

Контрольный днВЭЭГ мониторинг 08.06.16г (Конвул 375 мг/сут, Лам 75 мг/сут, Этосукс 0,5 г/сут) - При сравнении с предыдущим исследованием отмечается уменьшение индекса пароксизмальности эпилептической активности во время бодрствования и сна. Во время бодрствования отмечается значительное снижение индекса пароксизмальности паттернов эпилептической активности.

Ан.крови на концентрацию Вальпроевой кислоты 10.07.16г (450 мг/сут) — 90 мкг/мл, Ламотриджина 14.07.16г (75 мг/сут) — 9,99 мкг/мл

С 08.06.16г дозировка Конвулекса постепенно увеличена до 450 мг/сут, на этом фоне положительная динамика в виде отсутствия приступов через 5 дней после увеличения дозировки препарата (сохранялись как ночные абортивные приступы, так и в бодрствовании), с конца 06.16г Заронтин снижен до 450 мг/сут, через 3 дня (межприступный интервал 12 дней) на фоне нарушения режима приема ПСТ (пропуск утренней дозировки Конвулекса, возвращения приема Заронтина 500 мг/сут), возобновление регулярных приступов, возникающих как во время ночного так и дневного сна, до 3-х раз различной интенсивности и длительности. Дозировка Ламиктала

постепенно увеличена до 87,5 мг/сут, с положительной динамикой в отношении приступов, отсутствие в течение 8-ми дней. Повторные ВГСП 23.07.16г, 24.07.16г (длительностью до 1 минуты) во время сна, в утренние часы, с последующим сном. Самочувствие ребенка не страдает. Жалобы на быструю мышечную утомляемость. Наблюдаются гастроэнтерологом, получает терапию.

Контрольный днВЭЭГ мониторинг 27.07.16г (Этосукс 450 мг/сут, Лам 87,5 мг/сут, Конвул 450 мг/сут) - В 14.10 во время 2 стадии сна возник вторично-генерализованный судорожный приступ по схеме: миоклонические подергивания в руках и глазных яблоках - > клонические судороги, с источником иктальной эпилептической активности в правой лобной области;

- При сравнении с предыдущим исследованием отмечается уменьшение индекса пароксизмальности паттернов эпилептической активности. Морфология паттернов остается прежней.

С 27.07.16г начата постепенная отмена Этосуксемида с 20.10.16г полная, дозировка Ламиктала в середине августа постепенно увеличена до 100 мг/сут, на этом фоне максимальный межприступный период между ВГСП 7-10 дней, с сохранением регулярных СПП во время сна, в целом частота ВГСП различная, возникают во время сна максимально до 3-х раз в течение утра, различной интенсивности. С 16.10.16г последнее увеличение Конвулекса до 600 мг/сут, на этом фоне последние утренние ВГСП 24.10.16г. На фоне увеличения Конвулекса отмечается повышение аппетита, тремор пальцев рук, периодические вспышки агрессивности, расторможенности.

Контрольный днВЭЭГ мониторинг 28.10.16г (Лам 0,1 г/сут, Конв 0,6 г/сут) - Во время исследования зарегистрирована эпилептическая активность представленная:

- диффузными и бифронтальными вспышками одиночных комплексов острая-медленная волна, полипик-волновых комплексов, амплитудой до 250 мкВ, с периодическим амплитудным преобладанием в правой, реже левой лобно-теменной области.
- Комплексами острая-медленная волна амплитудой до 200 мкВ, зарегистрированными в правой лобно-центральной области.
- Комплексами острая-медленная волна амплитудой до 200 мкВ, зарегистрированными в левой лобно-центральной области.
- В 14.01 и 14.27 зарегистрированы сложные парциальные эпилептические приступы, с источником иктальной эпилептической активности в правой лобной области;
- При сравнении с предыдущим исследованием отмечается уменьшение индекса пароксизмальности паттернов эпилептической активности (в большей степени во сне). Морфология паттернов остается прежней. Отмечается улучшение показателей ритмики сна.

На фоне добавления в терапию Трилептала, с течение суток сохранялись жалобы на нарушения зрения «двоения», при увеличении дозировки до 300 мг/сут значительное учащение фокальных ночных приступов, с интервалом до 30 минут, повторные ГСП с интервалом (5-6 дней), ранее максимально до 17 дней (с увеличением Ламиктала до 150 мг/сут и постепенным снижением Конвулекса до 400 мг/сут). Снижение Трилептала до 150 мг/сут, стабилизация состояния в отношении урежения ночных СПП, однако 18.12.16г на фоне фебрильной температуры тела ВГСП утром во сне с частыми СПП, с последующим нарушением речи в течение дня, в дневной сон после пробуждения повторный ВГСП. Трилептал снижен до 75 мг/сут, 20.12.16г приступы не повторялись.

Сохраняются жалобы на тремор в пальцах рук, усиливающийся при движении, эпизоды «замираний ребенка», фасцикуляций в отдельных группах мышц при зрительном сосредоточении.

После отмены Трилептала в терапию добавлен Зонегран с наращиванием дозировки до 150 мг/сут, на этом фоне изначально максимальный межприсутный период 10-14 дней, с последующим повторением ВГСП в среднем 1 раз в 7 дней иногда сериями, самочувствие при этом не страдало.

С 03.17г в терапию добавлен Феназепам 0,25 мг/сут изначально с положительной динамикой при дальнейшем наращивании дозировки появление выраженной расторможенности, агрессивности ребенка, в отношении частоты приступов без существенной динамики.

С конца 03.17г начата постепенная отмена Ламиктала в связи с повышением уровня Белка в моче (по мере отмены улучшение показателей). С 19.05.17г полная отмена Ламиктала, на этом фоне отмечалось постепенное нарастание частоты приступов, серийных тонических приступов, ВГСП различной длительности, максимально до 30 сек.

Появление ночного недержания мочи.

С 20.06.17г дозировка Зонеграна увеличена до 175 мг/сут, на этом фоне частота приступов без значимых изменений, ежедневные серии, появлении приступов в бодрствовании. 27.05.17г после очередной серии приступов в бодрствовании введен Диазепам 5 мг, на этом фоне в течение 1 суток приступы отсутствовали, отмечалось появление мышечной гипотонии, дневного энуреза. Дозировка Конвулекса постепенно увеличена до 487,5 мг, обильная гиперсаливация – без динамики в отношении приступов.

01.07.17г повторное введение Диазепама 5 мг после серии приступов, на этом фоне утром 02.17г (после ночного перелета во время которого отмечалось большое количество тонических аксиальных приступов) утром во сне ВГСП, после пробуждения выраженная мышечная слабость, нарушение глотания, адиамаия, с течением нескольких часов с последующим постепенным нарастанием активности в течение 2-х суток, сохраняется атаксия, диффузная мышечная гипотония, дневной и ночной энурез, с периодическими дневными тоническими приступами, кратковременными ВГСП. С 02.06.17г в терапию добавлен Паглюферал 1 1/2т н/ночь (2-е суток ночные приступы отсутствовали), с отменой Зонеграна 25 мг н/ночь.

Так же возобновление регулярных распространенных фасцикуляций, обильной гиперсаливации, эпизодов фиксации взгляда и усиление мышечной гипотонии.

С 06.06.17г утром добавлен Паглюферал 1 1/2т. 06.06.17г дневной энкопрез, нарастание мышечной слабости. Конвулекс снижен на 12,5 мг утром.

За 07.06.17г ночью однократный тонический кратковременный приступ. Постепенное нарастание активности.

С 11.06.17г в терапию добавлен Кортеф в максимальной дозировке 20 мг/сут, без существенной динамики в отношении частоты приступов, максимальный безприступный период 1-2 дня, Кортеф снижен до 20 мг/сут, Паглюферал постепенно увеличен до 2т/сут с переходом на №2, жалоб на непереносимость терапии нет, на этом фоне в течение 17 дней приступы не повторялись, с улучшением поведения и самочувствия ребенка, отсутствия постоянной гиперсаливации.

03.08.1г на прежней схеме лечения 2-ды ВГСП за время ночного сна, 04.08.17г 6 ВГСП в течение ночи, различной интенсивности и длительности, Паглюферал увеличен до 2,5 т/сут, на этом фоне в течение 3-х ночей abortивные тонические приступы с постепенным смещением возникновения во времени, больше в утренние часы, однократно в бодрствовании. С возобновлением приступов отмечается появление постоянной гиперсаливации, отсутствие аппетита, шаткости при ходьбе и диффузной мышечной гипотонии.

Контрольный днВЭЭГ мониторинг 08.08.17г (Конв 475 мг/сут, Зонегран 0,15 г/сут, Паглф2 2,5 т/сут, Кортеф 10 мг/сут) - Во время исследования зарегистрирована эпилептическая активность представленная:

- диффузными и бифронтальными вспышками одиночных комплексов острая-медленная волна, полипик-волновых комплексов, амплитудой до 250 мкВ, с периодическим амплитудным преобладанием в правой, реже левой лобно-

- В правой лобно-центральной области регистрируются острые волны, комплексы острая-медленная волна амплитудой до 150 мкВ.
- Зарегистрировано провоцирующее влияние периода пробуждения на увеличение индекса пароксизмальности и амплитуды паттернов эпилептической активности

На фоне коррекции ПСТ, частота и интенсивность приступов различная, максимальный безприступный период 2-4 дня. Отмечается улучшение самочувствия ребенка, прогредиентный прирост познавательных навыков.

Сохраняются эпизоды гиперсаливации, шаткости при ходьбе, иногда эпизоды заторможенности.

Контрольный днВЭЭГ мониторинг 13.03.18г (Конвул 410 мг/сут, Зонегран 0,1 г/сут, Пагл2 3 т/сут) - Во время исследования зарегистрирована эпилептическая активность, представленная единичными диффузными и бифронтальными вспышками одиночных комплексов острая-медленная волна, полипик-волновых комплексов, амплитудой до 300 мкВ, с периодическим амплитудным преобладанием в правой, реже левой лобно-центральной области;

- В 14:51 во время дневного сна зарегистрирован сложный парциальный тонический приступ с источником иктальной эпилептической активности в правой лобной области;
- В 15:13, 15:28, 15:32, 15:36, 15:41, 15:44 во время дневного сна зарегистрированы миоклонические приступы с источником иктальной эпилептической активности в правой лобной области;
- При сравнении с предыдущим исследованием отмечается снижение индекса пароксизмальности интериктальной эпилептической активности, при этом обращает на себя внимание наличие разрядов сопряженных с миоклоническими вздрагиваниями в руках.

С 13.03.18г медленная постепенная отмена Зонеграна, на этом фоне отмечается уменьшение проявлений энуреза у ребенка, улучшение поведения, частота и интенсивность приступов различная. Возникают в основном во время ночного или дневного сна сериями.

В дальнейшем постепенное снижение Конвулекса до 1,2 мл/сут, на этом фоне удлинение межприступных интервалов до светлых промежутков в 4-6 дней, затем в течение 3-х дней серийные ВГСП, с последующим ухудшением самочувствия ребенка, увеличение проявления атаксии, слюнотечение, с дальнейшим восстановлением.

Сохраняются эпизоды ночного энуреза.

Контрольный днВЭЭГ мониторинг 08.08.18г (Конвул 360 мг/сут, Пагл2 3,5 т/сут) - При сравнении с предыдущим исследованием отмечается уменьшение индекса пароксизмальности паттернов эпилептической активности, замена части диффузных паттернов эпилептической активности на фокальные.

При осмотре: периорбитальный цианоз, дыхание через открытый рот, осмотрен ЛОРом, данных за наличие аденоидных вегетаций не выявлено, выставлен диагноз вазомоторный ринит.

24.09.2019: Приступы ежедневные.

При осмотре: л/у увеличены, слюнотечение, признаки соединительно-тканной дисплазии, затрудненной носовое дыхание. Запоры.

Принимает магний, омега, цинк, фосфатидилсерин.

ХМС по Осипову: клостридии, грибы, герпес, стрептомицеты, стафил, пропионбактерии.

Сданы ан.крови от 15.10.2019: мазок из носа-стафил, стрепт,
Мазок из зева-нейссерия, стафил, стрепт,
ФНО-1, ЦИКи-542 повышены, вирусов не обнар, парвовирус не обнар, НСЕ-13.6, белок S-
100-0.075, витамин В12-396, витамин Д-47, гомоцистеин-11.7, фолиевая кислота-3.5,

Видеоконсультация 24.10.2019: Перешел на рацион, на этом фоне определялись кетоны в моче, отсутствие приступов в течение 6 дней, затем стал употреблять много мяса, на этом фоне рецидив приступов, частые ежедневные.

Пациент приглашен в клинику на введение кетогенной диеты.

Видеоконсультация 29.10.2019: Терапия продолжается.

Рекомендовано:

1. Соблюдение Безглютеиновой безказеиновой диеты с ограничением Углеводов (кандидат на кетогенную диету).
2. Конвулекс, продолжить
3. Паглюферал 2 по 3,5 т/сут (1,5 т утром, 2 т вечером), продолжить
4. Вобэнзим 1 таблетка 1 раз в день, за 20 минут до еды. Запивать горячей водой, 1 месяц,
5. Виферон 150000ЕД в сутки, ректально 1 раз в день, 10 дней,
6. Изопринозин 250 мг 4 раза в день, 10 дней, 10 дней перерыв, затем повторить курс 10 дней, затем снова перерыв 10 дней и снова повторить 3ий курс.
7. Ирунин 100 мг 1 капсула 2 раза в день, 7 дней.
8. Пимафуцин после приема Ирунина по 1 таблетке 2 раза в день, 5 дней
9. Метронидазол 1/8 таблетка в день, 1 месяц,
10. Пиобактериофаг комплексный. Внутрь. 20 мл 3 раза в сутки, натошак за 1 час до еды. Курс 14 дней.
11. Life Extension, Супер био-куркумин, 400 мг 1 капсула в день, во время еды, 1 месяц.
12. <https://ru.iherb.com/pr/Advanced-Orthomolecular-Research-AOR-Hydroxy-B12-60-Lozenges/52244> принимать по 1 пластине 1 раз в день, 2 месяца.
13. <https://ru.iherb.com/pr/Source-Naturals-N-Acetyl-Cysteine-600-mg-120-Tablets/1291> по 1 капсуле 1 раз в день, 2 месяца,
14. <https://ru.iherb.com/pr/EuroPharma-Terry-Naturally-Clinical-Glutathione-60-Slow-Melt-Tablets/67295> принимать по 1 таблетке 1 раз в день, перед глотанием таблетку рассасывать. Курс 2 месяца.
15. <https://ru.iherb.com/pr/Sovereign-Silver-Bio-Active-Silver-Hydrosol-Dropper-Top-10-PPM-4-fl-oz-118-ml/5296> (По 1 пипетке в нос, в каждую ноздрю, 3 раза в день, курс 1 месяц),
16. <https://ru.iherb.com/pr/Doctor-s-Best-Fully-Active-Folate-400-with-Quatrefolic-400-mcg-90-Veggie-Caps/38067> по 1 таблетке 1 раз в день, 1 месяц
17. Бефунгин (березовая чага) экстракт, Внутрь, за 30 мин до еды. Перед употреблением содержимое флакона взбалтывают, разводят 3 чайные ложки препарата в 150 мл теплой кипяченой воды. Принимать по 1 чайной (взрослые 1 столовая) ложке 3 раза в день в течение 3 - 6 мес.
18. Витамин Д3+К2 4000 МЕ в сутки, утром, после еды, длительно, Заказ на <https://ru.iherb.com/> (дополнительная скидка по коду для заказа НЕР7485)
19. <https://ru.iherb.com/pr/Zhou-Nutrition-Organic-100-Pure-Virgin-Black-Seed-Oil-Cold-Pressed-8-fl-oz-240-ml/82374> принимать по 1 чайной ложке на ½ стакана теплой воды, за 15 минут до еды, 1-2 раза в день, 3 месяца.
20. Омега 3 жирные кислоты 2000 мг/сут – продолжить
21. При возникновении серийных приступов с интервалом менее 10 минут введение р-ра Реланиума (Диазепам-гель) 5 мг, ректально.
22. Дневник приступов с указанием видов приступов и дозировок препаратов
23. Контрольный плановый ЛНРЭЭГ мониторинг 3-6 месяцев

24. Повторная консультация (очная, скайп) через 2 месяца (пересдать анализ крови на гомоцистеин, фолиевая кислота, витамин B12, HCE, белок S-100, ЦИК, мазок из зева и из носа, ХМС по Осипову). Для записи на консультацию звонить в клинику по номеру 84955092759.

[Kamenskaya 777@mail.ru](mailto:Kamenskaya777@mail.ru)

