

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого
Департамента здравоохранения города Москвы»

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: ЛО-7701-007707, ЛО-77-01-006822, ЛО-01-007866

Internet: <http://www.npcmed.ru>

Клиника:
119620 г. Москва,
ул. Авиаторов, дом 38
тел.: +7 (495) 735-09-57
факс: +7 (499) 730-98-27
e-mail: npcprakt@mail.ru

Филиал № 2 К.П.:
119620 г. Москва,
ул. Авиаторов, дом 22
тел.: +7 (495) 439-27-10
факс: +7 (495) 934-17-51
e-mail: info@dgp124.mosgorzdrav.ru

Филиал №3 МПД
117534 г. Москва
ул. Чертановская, д. 56 А
Тел. +7 (495) 388 37 61
Факс: +7 (495) 387 13 96
e-mail: palliativnpc@yandex.ru

Отделение психоневрологии (ПНО)**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО
БОЛЬНОГО № 8981/18**

Фамилия Имя Отчество: Полянцева Нил Динович	Дата рождения: 31.10.2007г.	Возраст: 11 лет.
Дата поступления в ПНО: 19.12.2018г.	Дата выписки из ПНО: 23.12.2018г.	
Масса тела: 40 кг	Рост (длина): 143 см	Темп. тела: 36,6°C
Настоящая госпитализация № 19		
Адрес места постоянной регистрации: 109341, г. Москва		
Диагноз заключительный клинический: Основной: (G 40.2) Симптоматическая фокальная эпилепсия (локализация в левой заднелобно-височной области), фармакорезистентное течение, обусловленная наличием Порока развития головного мозга: фокальная кортикальная дисплазия в левой лобной области, состояние после оперативного лечения (левосторонняя фронтальная лобэктомия, передняя каллозотомия) от 20.06.2012г., исход по Engel 3в.		
Инвалидность: ребенок - инвалид	Дата присвоения: 15.03.2009г.	
Жалобы на момент поступления: на приступы с циклолептическим течением 2 раза в месяц по 2-3 дня, правосторонние тонико-клонические длительностью до 40 секунд, а также короткие одиночные клонические, частотой до ежедневных		
Anamnesis vitae: Ребенок от IV беременности (I – девочка кесарево сечение (у мамы лимфогранулематоз), II и III замершие беременности) протекавшей с угрозой прерывания в I триместре, в III триместре принимала генипрал. Роды II в срок, плановое кесарево сечение. Масса тела при рождении 2880г., рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Темпы развития до года: по возрасту.		
Аллергоанамнез: спокоен.		
Anamnesis morbi: В апреле 2008г. после перенесенного гриппа появились флексорные тонические серийные приступы с частотой 4-5 серий в сутки. Был назначен депакин 160 мг/сут. с положительной динамикой. При первой госпитализации (декабрь 2008г.) к терапии был добавлен суксилеп 250 мг/сут., на фоне которого количество приступов практически не изменилось, отмечалось ухудшение ЭЭГ. В феврале 2009г. в терапию был введен клоназепам – б/эффекта. С марта по июль 2009г. получал топамакс, на фоне которого эффекта также не отмечалось. С июля 2009г. по месту жительства был введен сабирол с постепенным повышением дозы до 1000 мг/сут., на фоне приема которого с 06.07.2009г. приступов не отмечалось до ноября 2011г. В терапию был введен ламиктал 5 мг/кг/сут. – без эффекта. С начала апреля 2011г. ламиктал заменен на келпрю – б/эффекта. 20.06.2012г. в Miami children's hospital была проведена операция «левосторонняя фронтальная лобэктомия, передняя каллозотомия. Около 1,5 месяцев приступов не отмечалось. После операции родители также отмечали положительную динамику в психическом развитии ребенка. С начала августа 2012г. возобновились приступы, преимущественно в ночное время с постепенно нарастающей интенсивностью. С марта 2014г. родители отмечают возобновление приступов, протекающих по типу гипомоторных (в виде замираний), частотой до нескольких раз в день. В мае 2014г. к терапии добавлен трилептал, на фоне чего родители отмечали кратковременную положительную динамику в виде уменьшения частоты приступов. К терапии добавлен зонегран также с незначительной с положительной динамикой. В терапию вводился экзалиеф – б/эффекта. Учитывая фармакорезистентное течение эпилепсии, отсутствие противопоказаний со стороны соматического и неврологического статуса с 26.07.2017г. в терапию введен метод кетогенной диеты (3:1), без существенного эффекта. В настоящее время приступы с циклолептическим течением 2 раза в месяц по 2-3 дня, правосторонние тонико-клонические длительностью до 40 секунд, а также короткие одиночные клонические, частотой до ежедневных.		

Терапия в настоящее время: перемпанел 8 мг. 1 раз в сутки, ламотриджин 150 мг x 2 раза в сутки

Результаты проведенных ранее обследований:

Наследственность по эпилепсии: не отягощена.

КТ головного мозга 31.05.17г. (E=4,3 мЗ): картина послеоперационных изменений левой лобной области. п/о костный дефект фиксирован металлической проволокой

Видео-ЭЭГ-мониторинг в течение 85 часов от 01-04.05.14г.:

Регистрируется периодическое региональное тета-замедление в левой лобно-височной области (F7-T3-F3-Fp1), в структуре которого низким индексом отмечается региональная эпилептиформная активность. Во сне в структуре продолженного регионального замедления регистрируется эпилептиформная активность в левой латерально-заднелобно-височной (F7-T3) области с распространением на соседние регионы и тенденцией к распространению на все левое полушарие. Индекс эпилептиформной активности варьирует от низких до средних значений.

Клинические события:

⇒ За время исследования зарегистрированы приступы, протекавшие в виде приостановки деятельности, иногда с некоторой ажитацией. Длительность до 10 секунд. Большинство в бодрствовании, однократно во сне в виде приоткрывания глаз. Иктальный паттерн представлен достаточно ритмичной быстроволновой активностью («fast activity») в левой лобно-височной области (F7-T3-F3-Fp1). Подобные изменения отмечались также без каких-либо клинических проявлений.

Консультация рук. отдела Айвазяна С.О.2.2.15г.: мальчик наблюдается по поводу симптоматической эпилепсии, состояния после резекции лобной доли в области фокальной кортикальной дисплазии. При обследовании расположение зоны начала приступов выражено неотчетливо: в лобных отделах билатерально, но создается впечатление о некотором левостороннем акценте. В настоящее время в первую очередь следует провести коррекцию схемы АЭП: повышение дозы трилептала, ввод в терапию зонеграна с последующей отменой кеппры. В случае неуспеха – обсуждение вопроса о реоперации.

ВЭМ от 01.09.16г.: регистрируется региональная эпилептиформная активность в левой височной области, в структуре продолженного замедления с распространением на соседние регионы и тенденцией к вторичной билатеральной синхронизации, в правой лобной области, аналогичного характера. Индекс представленности низкий. Во сне отмечается повышение индекса представленности эпилептиформной активности до средних значений.

⇒ Зарегистрировано 3 коротких фокальных тонических приступа по типу редуцированных спазмов, на ЭЭГ сопровождавшихся вспышкой дельта-волн с последующей вспышкой «fast activity» в левых лобно-височных отделах. Пациент госпитализирован для обследования и коррекции терапии.

ВЭМ от 24.05.17г.: Регистрируется региональная эпилептиформная активность в левой височной области, в структуре продолженного замедления с распространением на соседние регионы и формированию латерализованных разрядов и тенденцией к вторичной билатеральной синхронизации, в правой лобной области, аналогичного характера. Периодически отмечается смещение акцента на правые затылочные отделы. Индекс представленности низкий. Во сне отмечается повышение индекса представленности эпилептиформной активности до средних значений.

Видео-ЭЭГ-мониторинг 12 часов с записью ночного сна от 06.12.17г. (4 мес. КД)

⇒ Основной ритм представлен регулярным, устойчивым альфа-ритмом, частотой около 9 Гц, амплитудой 60-80 мкВ, с правильным зональным градиентом. Зональные различия выражены отчетливо. Медленно-волновая активность представлена диффузно, невысоким индексом, преимущественно в виде тета-колебаний, по амплитуде не превышающих фоновую ритмику.

Регистрируется региональная эпилептиформная активность в виде комплексов острая-медленная волна, пик-медленная волна амплитудой до 300 мкВ:

- в левой височной области, в структуре продолженного замедления с распространением на соседние регионы и формированию латерализованных разрядов и тенденцией к вторичной билатеральной синхронизации
- в правой лобной области, аналогичного характера. Периодически отмечается смещение акцента на правые затылочные отделы.

Индекс представленности низкий.

⇒ При проведении функциональных проб значимых изменений ритмики не отмечалось.

⇒ Сон дифференцирован на стадии, физиологические паттерны представлены удовлетворительно.

Эпилептиформная активность представлена как региональными разрядами, описанными в бодрствовании, так и диффузными с различными региональными акцентами и генерализованными разрядами, в виде комплексов пик-, полипик-медленная волна амплитудой до 500 мкВ. Индекс представленности эпилептиформной активности повышается, но не превышает низких значений

Клинические события:

⇒ Не отмечалось.

⇒ Эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов за время исследования не зарегистрировано.

По сравнению с предыдущим исследованием от 24.05.17г. - уменьшение индекса представленности эпилептиформной активности во сне.

Цель госпитализации: для обследования и коррекции терапии.

Госпитализация проведена: в плановом порядке.

При настоящем поступлении:

Status praesens obiectivus: Общее состояние средней тяжести по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Мальчик правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы бледно-розовые.

чистые от сыпи. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Зев не гиперемирован. Л/узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. ЧСС 94/мин. АД 110/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

В неврологическом статусе: В сознании. Общемозговых, менингеальных симптомов нет. ЧН – без очаговой симптоматики, движения в конечностях в полном объеме, тонус и сила мышц достаточные. Сухожильные рефлексы живые, D=S, патологических рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, чувствительность не нарушена. Нарушение психо-интеллектуального развития.

Проведено обследование:

- **О.А.К.:** Лейк. $8,6 \cdot 10^9/\text{л}$, Л/ф 44,8%, Н/ф 44,4%, Эр. $6,03 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв 163 г/л, Трц. $330 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 3 мм/ч.
- **О.А.М.:** Реакция кисл., Белок abs, Глюкоза abs, Эпителий мало в п/зр. Л.ед в п/зр. Эритро. ед в п/зр. Слизь abs, Соли abs, Бактерии abs.

19.12.18.ЭЭГ- ВИДЕОМОНИТОРИНГ в течение 3 часов, в состоянии бодрствования.

Основной ритм представлен регулярным, устойчивым альфа-ритмом, частотой около 8-9 Гц, амплитудой 60-80 мкВ, с правильным зональным градиентом. Зональные различия несколько сглажены.

Медленно-волновая активность представлена диффузно, невысоким индексом, преимущественно в виде тета-колебаний, по амплитуде не превышающих фоновую ритмику, периодически с формированием участков диффузного замедления корковой ритмики.

Регистрируется продолженное региональное замедление в левых лобно-височных отделах, представленное волнами частотой 5-6 Гц

Регистрируется региональная эпилептиформная активность в виде комплексов острая-медленная волна, пик-медленная волна амплитудой до 300 мкВ:

- в левой височной области, в структуре замедления с распространением на соседние регионы и формированию латерализованных разрядов и тенденцией к вторичной билатеральной синхронизации

- в виде латерализованных правополушарных разрядов с тенденцией к вторичной билатеральной синхронизации.

Индекс представленности низкий.

При проведении функциональных проб значимых изменений ритмики не отмечалось.

Клинические события: Не отмечалось.

Эпилептических приступов и их ЭЭГ- паттернов за время исследования не зарегистрировано.

Консилиум с рук.отд. к.м.н. Айвазяна С.О.: мальчик наблюдается по поводу симптоматической эпилепсии, состояния после резекции лобной доли в области фокальной кортикальной дисплазии. Ребенок в течении нескольких месяцев получал КД 3:1 (с 26.07.17г.) в связи с фармакорезистентным течением эпилепсии. Существенной положительной динамики от кетогенной диеты не отмечается. Пройден практически весь спектр имеющихся антиконвульсантов. Рекомендовано проведение повторного оперативного вмешательства с предварительным предхирургическим обследованием

Заключение:

Проведено обследование, учитывая данные анамнеза (дебют эпилепсии в 2008 году, ФКД левой лобной области, состояние после оперативного лечения (левосторонняя фронтальная лобэктомия, передняя каллозотомия) от 20.06.2012г., исход по Engel 3в), клинические данные (ежедневные эпилептические приступы), данные видео-ЭЭГ-мониторинга (регистрируется региональная эпилептиформная активность в правой лобной области и левой височной области), а также выраженные изменения на МРТ головного мозга (картина послеоперационных изменений левой лобной области), установлен диагноз: (Q 04.8) Порок развития головного мозга: фокальная кортикальная дисплазия в левой лобной области, состояние после оперативного лечения (левосторонняя фронтальная лобэктомия, передняя каллозотомия) от 20.06.2012г., исход по Engel 3в, симптоматическая фокальная эпилепсия (локализация в левой заднелобно-височной области), фармакорезистентное течение. Необходим динамический контроль за ребенком: регистрация родителями мальчика пароксизмальных состояний, наблюдение невролога по месту жительства и проведение видео-ЭЭГ-мониторинга в динамике.

В связи с выраженной фармакорезистентностью пациента, в т.ч.отсутствием эффекта от кетогенной диеты, рекомендовано проведение повторного оперативного вмешательства с предварительным предхирургическим обследованием

В отделении получал перампанел (МНН) 8 мг 1 раз, ламотриджин (МНН) 150 мг x 2 раза в сутки

Прогноз для жизни благоприятный.

Прогноз для восстановления здоровья неопределённый.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение в поликлинике по месту жительства в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, либо в ином специализированном медицинском учреждении по выбору граждан на – договорной основе в соответствии с действующим законодательством РФ.

Рекомендации.

наблюдение педиатра по месту жительства.

наблюдение невролога по месту жительства.

Перампанел (МНН) 8 мг х 1 р на ночь – длительно.

- Ламотриджин (МНН) 150 мг х 2 р день – длительно

Антиэпилептические препараты принимать постоянно, длительно, в одно и то же время, не допуская пропусков приема!

- ОАК, ОАМ – ежеквартально по месту жительства под контролем педиатра.
- УЗИ брюшной полости и почек, ЭХОКГ – каждые 3-6 мес. под контролем педиатра.

Рекомендуется обратиться в органы МСЭ по месту жительства для рассмотрения вопроса о продлении инвалидности.

Контактов с инфекционными больными в период госпитализации не было.

Исследование на ВПЧ, HbS Ag + анти- HCV, реакция Вассермана от 21.11.18. – отрицат. (мать).

Исследование на ВПЧ, HbS Ag + анти- HCV, реакция Вассермана от 21.11.18. – отрицат. (ребенок).

Лечащий врач

Карпин С.Л.

Заведующий психоневрологическим
отделением

Осипова К.В.

Руководитель отдела эпилептологии,
к.м.н.

Айвазян С.О.

Тел. ПНО

8-499-730-98-47 (48, 52, 54)

Правила госпитализации указаны в Памятке, которую можно
скачать по ссылке:[http://npemed.ru/wp-
content/uploads/2016/01/Pamyatka_dlya-
gospitalizatsii_1.pdf](http://npemed.ru/wp-content/uploads/2016/01/Pamyatka_dlya-gospitalizatsii_1.pdf)