



ООО «Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки»

РФ 108841 г. Москва, г Троицк, ул. Нагорная, д 5

Лицензия ЛО-77-01-014900 от 26.09.2017

ИНН 5030070639, ОГРН 1105030002142

WWW.EPILEPTOLOGIST.RU

25 ноября 2019 года

Консультативный амбулаторный прием

ФИО пациента, возраст: Шанибова Дана, 7 лет 2 мес.

Жалобы: вздрагивания стали до множественных в день с промежутоком в несколько дней; капризная, плаксивая, плохо ест, особенно мясо.

Плохо успевала в 1 кл. школы, в этой связи мама забрала девочку из школы.

Ранее периодически утром создавалось впечатление - потеря в пространстве, ближе к обеду проходит.

Ранее приступы с отведением головы вправо, общими судорогами до 3-4 мин преимущественно во сне, после приступов – головная боль.

Анамнез болезни: 14 сентября 2017 г. – в д/с в ок. 8:00 бодрствовании (через примерно 1 час после пробуждения) развился приступ – затряслись ручки, затем резкое падение вперед, посинение лица, общие судороги до 3 мин. После приступа – слабая, растянутая речь ок. 1 часа. С сентября 2017 – еще повторилось 10 ГСП в бодрствовании и во сне. С начала октября принимает депакин хроно 450 мг/сутки.

15 ноября 2017 – два повторных ГСП во сне.

29 ноября

1 января – 1 приступ во сне

25 января

17 февраля – 5 приступов (до 3 мин) судорожных во сне.

1 марта – 1ГСП по всне

4 марта

26 апреля – 2 судорожных приступ во сне, 1 приступ в бодрствовании

3 мая, 10 мая, 16 мая (2 приступа), 17 мая (2 приступа), 18 мая – последний приступ.

С конца мая 2018 стала принимать топамакс. Кеппра отменена с 12.06.2018

С начала июня 2018 г появились приступы вздрагиваний до 5-6 в день. сохраняются вздрагивания в течение дня; периодически утром создается что потеря в пространстве, ближе к обеду проходит;На фоне прием топамакса стала плохо есть, ухудшилась память, может быть иногда вялая. В окт. 2018 – на приеме Отмечался эпилептический миоклонус в руках ок. 1 сек, легкое замирание и затем чмокание.

3, 4, 5 и 6 июня 2019 – судорожные приступы во сне.

Терапия в настоящее время: депакин-хроносфера 300 мг утром и 300 мг вечером

+ топамакс 25 мг х 50 мг .

Основная активность сформирована в пределах возрастной нормы, дезорганизована тета и дельта колебаниями.

В бодрствовании регистрируется периодическое региональное замедление в ритме тета, реже дельта диапазона в правой задневисочно- затылочной области, а также в левой центрально-теменной области.

Физиологические феномены сна сформированы правильно.

Во сне регистрируется периодическое региональное тета-дельта замедление в задневисочно- затылочных отведениях, больше справа.

Во сне регистрируются субклинические сгруппированные нерегулярные высокоамплитудные билатерально-асинхронные диффузные разряды пик-волн, комплексов пик-даблпик-полипик-волн, с региональным началом и амплитудным преобладанием, преимущественно в передних отделах полушарий, длительностью до 1-5 секунд.

В ходе обследования эпилептических приступов зарегистрировано не было.

Предыдущий ВЭМ = Основная активность 8 Гц, дезорганизована тета волна, дельта колебаниями.

В бодрствовании зарегистрированы частые короткие диффузные эпилептиформные разряды комплексов пик, даблпик-волн, полипик-волн до 1-1,5 секунды с постразрядным замедлением дельта диапазона в лобных отделах, в большинстве случаев сопровождались вздрагиваниями в руках. Также зарегистрированы редкие диффузные разряды комплексов пик-медленная волна частотой 2-2,5 Гц, до 6 секунд сопровождавшиеся едва заметным трепетанием век.

МРТ головного мозга – от 16.11.2017 (проф. Алиханов А.А.) – без патологии

ВК = 49,5 (ранее 120 (ранее -62,9 мкг\мл; ранее -124 мкг\мл (через 2 недели на фоне приема депакина).

Топирамат 6,45 мкг\мл

ТМС от 10.07.2018 – патологии не выявлено.

Окулист OD – гиперметропия слабой ст., нарушение аккомодации, OS =атрофия ЗН.

Диагноз: Фокальная эпилепсия неясной этиологии с псевдогенерализованными эпилептическими приступами. Приступы: билатеральные тонико-клонические, миоклонические, атипичные абсансы. Следует дифференцировать с предположительно генетической генерализованной формой эпилепсии.

Рекомендации:

Продолжить прием топирамата (топамакс) в дозе 25 мг x 50 мг + вальпроевая кислота 300 мг x 2 раза в день

Добавить третьим препаратом этосуксимид (суксилен) 0,25 по схеме:

1-й день	у.	в.
Суксилен	0	1\2 капс.

Так принимает 1 неделю

Через 1 неделю у.

Суксилен	1\2 капс.	в.
----------	-----------	----

комплексов пик-даблпик-полипик-волна, с региональным началом и амплитудным преобладанием, преимущественно в передних отделах полушарий, длительностью от 1-2 секунд до 9 секунд. Клинически иногда сопровождающиеся трепетанием век. Клинико-энцефалографическая характеристика эпилептических приступов по типу абсансов с миоклонусом век.

В сравнении с предыдущим обследованием от 03.2019 умеренное снижение представленности эпилептиформной активности в бодрствовании.

03.2019 Основная активность сформирована в пределах возрастной нормы (9 Гц), умеренно дезорганизована тета, реже дельта колебаниями.

В бодрствовании регистрируется периодическое региональное замедление в ритме тета, реже дельта диапазона в правой лобно-височно-теменной области, а также в левой затылочно-височно-лобной области.

В бодрствовании регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность в виде комплексов пик-медленная волна, острая-медленная волна, с захватом вертексного региона Cz:

- в правой лобно-центрально-височной области;
- в правой теменно-затылочной области;
- в левой лобно-центрально-височной области;
- в левой теменно-затылочной области.

В бодрствовании регистрируются диффузные нерегулярные билатерально-асинхронные и низкосинхронизированные разряды в виде комплексов пик- волна, острая- медленная волна, с нерегулярной частотой 2,5-3 Гц с постразрядным диффузным дельта замедлением, иногда с нарастанием выраженности билатеральной синхронии, продолжительностью 4-9 секунд. Клинически, в некоторых случаях, сопровождавшиеся фиксацией взора перед собой, иногда со вздрагиванием – клинико-электроэнцефалографическая картина немоторных эпилептических приступов в виде атипичных абсансов.

Также в бодрствовании регистрируются диффузные нерегулярные билатерально-асинхронные и низкосинхронизированные разряды в виде комплексов пик-,полипик- медленная волна, острая-медленная волна, с постразрядным диффузным дельта замедлением, иногда с нарастанием выраженности билатеральной синхронии, продолжительностью до 2 сек. Клинически, в некоторых случаях, сопровождавшиеся общим вздрагиванием с легким приподниманием рук в проксимальных отделах. Клинико-энцефалографическая характеристика моторных миоклонических эпилептических приступов с генерализованным началом.

Физиологические феномены сна сформированы.

Во сне регистрируется периодическое региональное тета-дельта замедление в лобно-центрально-височно-теменных отведениях, больше справа.

Во сне регистрируются сгруппированные нерегулярные высокоамплитудные билатерально-асинхронные диффузные разряды пик-волн, комплексов пик-даблпик- полипик-волна, с региональным началом и амплитудным преобладанием, преимущественно в передних отделах полушарий, длительностью до 2-8 секунд.

В сравнении с предыдущим обследованием от 2.10.18г. без значимой динамики.

ВЭМ – от 0т 04.05.2018 (ГСП – 03.05.2018)

Анамнез жизни: Беременность 2, 2 роды в срок, Закричала сразу. Выписаны на 3-е сутки. Раннее развитие по возрасту – ползала с 10 мес., самостоятельно пошла в 11 мес. Фразовая речь в 1,5 года.

Неврологический статус: 20 кг. Легкая гиперактивность. Просьбы выполняет. ЧН движения глазных яблок в полном объеме. Асимметрии лицевой мускулатуры нет. Мышечный тонус – физиологичный. Сухожильные рефлексы – живые D=S. Координаторных нарушений нет.

Видео-ЭЭГ мониторинг: от 16.10.2019

Основная активность сформирована в пределах возрастной нормы, дезорганизована тета и дельта колебаниями.

В бодрствовании регистрируется периодическое региональное замедление в ритме тета, реже дельта диапазона в правой лобно-височно-теменной области, а также в левой затылочно-височно-лобной области.

В бодрствовании, преимущественно перед сном, нарастаая при закрытых глазах, регистрируется региональная эпилептиформная активность в виде комплексов пик-медленная волна, острая-медленная волна, с захватом вертексного региона Cz:

- в правой лобно-центрально-височной области;
- в левой лобно-центрально-височно-теменной области;

В бодрствовании, преимущественно перед сном, нарастаая при закрытых глазах, регистрируются диффузные нерегулярные билатерально-асинхронные разряды в виде высокоамплитудных комплексов пик-полипик-волна, острая-медленная волна, иногда с постразрядным диффузным дельта замедлением, иногда с нарастанием выраженности билатеральной синхронии, продолжительностью до 4-9 секунд. Клинически, в некоторых случаях, сопровождавшиеся вздрагиванием и приподниманием рук в проксимальных отделах и заведением глаз кверху и трепетанием век. Клинико-энцефалографическая характеристика моторных миоклонических эпилептических приступов.

В бодрствовании регистрируются диффузные нерегулярные билатерально-асинхронные и низкосинхронизированные разряды в виде комплексов пик-полипик-медленная волна, острая-медленная волна продолжительностью до 1-2 сек. Клинически, в некоторых случаях, сопровождавшиеся трепетанием век и заведением глаз кверху. Клинико-энцефалографическая характеристика эпилептических приступов по типу эпилептического миоклонуса век.

В бодрствовании после сна отмечается существенное уменьшение представленности эпилептиформной активности.

Физиологические феномены сна сформированы.

Во сне регистрируется мультирегиональная эпилептиформная активность в виде комплексов пик-медленная волна, острая-медленная волна, с захватом вертексного региона Cz:

- в правой лобно-центрально-височной области;
- в левой лобно-центрально-височно-теменной области;
- в левой затылочной области.

Во сне регистрируется периодическое региональное тета-дельта замедление в лобно-центрально-височно-теменных отведениях, больше справа.

Во сне регистрируются сгруппированные нерегулярные высокоамплитудные билатерально-асинхронные диффузные разряды пик-волн,

Так принимает 1 неделю

Через 1 неделю у.

Суксилеп 1\2 капс. в. 1 капс

Так принимает 1 неделю

Через 1 неделю у. в.

Суксилеп 1 капс. 1 капс = 500 мг\сутки (25 мг\кг\сутки)

Продолжить прием топирамата (топамакс) в дозе 25 мг х 50 мг + вальпроевая кислота 300 мг х 2 раза в день

При отсутствии эффекта на фоне комбинации этосуксимид+вальпроат+топирамат замена этосуксимида на ламотриджин в дозе до 5 мг\кг\сутки.

Панель генов «Наследственные эпилепсии и сходные состояния, с включением генов SLC6A1, SLC2A1 или клиническое секвенирование экзома (ИДВНЭ им Свт. Луки, 8495 181 31 01).

В плановом порядке (после получения результата панели генов) рекомендуется рассмотреть вопрос о проведении генетического дообследования:

Хромосомный микроматричный анализ (расширенный) (ИДВНЭ им Свт. Луки, 8495 181 31 01)

Контроль концентрации препарата в крови (вальпроевая кислота + топирамат+этосуксимид) Инвитро (ИДВНЭ им Свт. Луки, 8495 181 31 01 или ДНКОМ)

Бх крови (АЛАТ, АСАТ, Щелочная фосфатаза, билирубин, электролиты крови, 25 ОН -вит Д)

Общий анализ крови (+тромбоциты)

УЗИ печени, поджелудочной железы,

Общий анализ мочи

Через 3 мес. повторить Видео-ЭЭГ мониторинг (ночной или дневной со сном) 8 495 972 80 46 (Лаборатория сна и эпилепсии ИДНЭ)

Прием антиэпилептических препаратов длительный, регулярный!

В случае развития 2 и более судорожных приступа в течение дня – введение диазепами в\в или в\м в дозе 5 мг (1 мл)

Режим дня:

Избегать недосыпаний и внезапныхочных пробуждений.

Исключить нахождение одного ребенка в водоемах и на высоте.

Исключить занятия спортом в бассейне и на высоте.

Консультация клинического психолога с целью тестирования когнитивных функций

(центр здоровья и развития им. СвтЛуки, 8 495 615 65 22)

К.м.н., доцент

glucort@bk.ru



Глухова Л.Ю.