



Государственное автономное учреждение Ростовской области
Областной консультативно-диагностический центр

344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, д. 127.
тел.: (863) 227-00-00
эл. почта: omlde@omlde-rnd.ru веб-сайт: http://www.rokdc.ru

Регистрационный номер пациента



846300

Консультативный отдел

Ф.И.О. пациента: **Супрунов Никита Анатольевич - 02.10.13 (846300), 7 лет, мужчина**
Талон: **№. 23520675 (12.11.20)**
Страховой полис: **АО МАКС-М(ОМС) номер: серия: 0**
Направлен из: **Аксайский район - МБУЗ ЦРБ Аксайского района**
Диагноз направит.: **эпилепсия**

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

Пациент(ка) находился(ась) на амбулаторном обследовании в ОКДЦ с: 12.11.2020 по 24.11.2020

• **ДИАГНОЗ**

• **Обоснование диагноза** Принимая во внимание жалобы, данные анамнеза, объективного статуса, результаты представленных лабораторных и инструментальных исследований представляется возможным поставить диагноз.

• **Основной диагноз**

G40.2. Фокальная эпилепсия с билатеральными тоническими (дроп-атаки) левосторонними клоническими, правосторонними клоническими приступами, правосторонними тоническими, ночными билатерально-тоническими приступами, возможно сенсорные зрительные приступы. Фармакорезистентная форма. Состояние после передней коллозотомии от 30.12.2019 г.

• **Сопутствующий диагноз**

G93.8. Глиозно атрофические изменения обоих теменно-затылочных областей. Гипоплазия мозолистого тела. Задержка психо-речевого развития. ОНР 1-2 уровень. Расходящееся косоглазие OU. Частичное отсутствие навыков самообслуживания (энурез, энкопрез). Нельзя исключить моногенную патологию.

• **Жалобы при первичном обращении**

Принимает перампанел (файкомпа) 4 мг на ночь, фризидум 10 мг утром, 20 мг 2 раза в день, ламиктал по 100 мг утром, тегретол по 300 мг на ночь. Сохраняются приступы в бодрствовании в виде закрывания глаз рукой, затем серия кивков до 15 приступов в серию, 3-4 серии в день, замиранья с поворотом головы влево 3-4 приступа в день, также частые зажмуривания. Задержка в психо-речевом и моторном развитии.

• **Анамнез болезни**

Первые приступы с 6,5 мес в виде обмякания.
В 7,5 мес -эпилептический статус клонический с фокальным началом справа до 5 часов. До 11 мес частота статусов до 2 раз в месяц.
С 11 мес до 1,5 лет -ремиссия. Затем статус.
С весны 2017 г. -купирование статуса. Появление тонических приступов с падением. С апреля 2018 г. -ротаторные приступы. Также персистирование левосторонних гемиклонических приступов.
Конвулекс +паглюферал-б/э
Топамакс +депакин -ремиссия 6 мес.
Келпра+заронтин - ремиссия до 3 недель
Депакин+ заронтин -ремиссия до 3 нед, затем рецидив, затем -ремиссия до 6 месяцев. Ухудшение с декабря 2018 г.
Зонегран - с ухудшением
Введение клоназепама с мая 2019 г. - б/э, поперхивание, нарушение дыхания.
С августа 2019 г. введение перампанела в связи с фармакорезистентным течением с частичным положительным эффектом до урежения приступов на 50-70 %.
С октября 2019 г. - прием фризидума - урежение на 30%.
В связи с фармакорезистентной эпилепсией, тяжелыми приступами в виде дроп-атак, наличием приступов исходящих как из правого так и из левого полушария рекомендовано выполнение передней 2/3 коллозотомии.
Оперативное лечение 30.12.2019 г. - КПТЧ в лобно-теменной области. Каллезотомия, пластика ТМО. (г. СПб) После оперативного лечения значимое урежение дроп-атак от нескольких десятков в день до 3 раз в день, остальные приступы - б/д.
С февраля 2020 г. введено масло CBD - с положительным эффектом в виде появления периодов без приступов до 14 дней, ухудшение с апреля 2020 г в виде появления гемиконвульсивных ночных приступов и дневных ежедневных до 5 раз за ночь. С начала июня начали принимать файкомпу 4 мг на ночь - с регрессом гемиконвульсивных



ламиктал по 100 мг утром, тегретол по 300 мг на ночь.

Для выполнения исследования использовалась международная система наложения электродов "10-20"с использованием дополнительных электродов: ЭКГ.

ЭЭГ в состоянии пассивного бодрствования:

Исследование проводилось с открытыми глазами на фоне беспокойного состояния ребенка.

Регистрируется значительно дезорганизованная альфа-активность в виде групп волн средней амплитуды (до 45 мкВ), среднего индекса (до 41%), нерегулярная (с разбросом частот 8,0-10,2 Гц), с преобладанием заостренных волн, не локализованная. Модуляции по амплитуде отсутствуют.

Бета-активность в виде ритма высокого индекса (до 62%), средней амплитуды (до 25 мкВ), низкой частоты, не локализованная.

Медленная активность среднего индекса с амплитудой до 64мкВ в виде ритма.

Во время бодрствования, РФС зарегистрирована продолженная эпилептиформная активность в виде изолированных, сгруппированных комплексов острая-медленная волна в левой височно-теменной области (реверсия фаз под электродами P3, T5), с распространением на гемисферу собственного полушария, диффузным распространением, в правой центрально-височно-теменной области.

(В записи регистрируются миограмма, окулограмма, двигательные артефакты !)

Функциональные пробы:

При проведении ритмической стимуляции 1,4,7,10,13,16,19,22,25,28,31Гц реакции следования ритму не отмечалось.

Фотопароксизмальный ответ не зарегистрирован.

Реакция активации и гипервентиляция не проводилась в течение 5 мин значимых изменений не выявлено.

ЭЭГ в состоянии дневного сна:

Засыпание характеризовалось уплощением, фрагментацией и последующей редукцией основного ритма.

2 стадия non-REM сна характеризуется появлением [веретен сна], представленных периодически регистрируемыми всплесками ритмической активности в лобно-центральных и вертексных отделах. К-комплексы слабо дифференцированы.

Дельта-сон не зарегистрирован.

Во время сна высоким индексом (до 100% в отдельных эпохах записи) зарегистрирована продолженная эпилептиформная активность в виде изолированных, сгруппированных комплексов острая-медленная волна в левой височно-теменной области (реверсия фаз под электродами P3, T5),с распространением на гемисферу собственного полушария, диффузным распространением, в правой центрально-височно-теменной области (реверсия фазы под электродом T6) с диффузным распространением.

Сон периодически прерывается самостоятельными пробуждениями с ЭЭГ-картиной пассивного бодрствования.

Клинические события:

Во время бодрствования ребенок сидит в позе [лотоса] периодически совершая стереотипные движения (вперед-назад), размахивая левой рукой, закрывая глаза руками (то левой, то правой).

На ЭЭГ регистрируется фоновая ритмика.

Заключение:

Достоверно оценить корковую ритмику не представляется возможным.

Сон дифференцирован на стадии.

<>Во время бодрствования, РФС зарегистрирована продолженная эпилептиформная активность в виде изолированных, сгруппированных комплексов острая-медленная волна в левой височно-теменной области (реверсия фаз под электродами P3, T5), с распространением на гемисферу собственного полушария, диффузным распространением, в правой центрально-височно-теменной области.

<>Во время сна высоким индексом (до 100% в отдельных эпохах записи) зарегистрирована продолженная эпилептиформная активность в виде изолированных, сгруппированных комплексов острая-медленная волна в левой височно-теменной области (реверсия фаз под электродами P3, T5),с распространением на гемисферу собственного полушария, диффузным распространением, в правой центрально-височно-теменной области (реверсия фазы под электродом T6) с диффузным распространением.

• ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ

Клинико-гематологические исследования Общий анализ крови

Наименование	Реф.предел	Ед.измерен	12.11.2020
Гемоглобин	11.20-13.80	(g/dL)	10.20 (!)
Эритроциты	3.50-5.20	(10 ¹² /л)	4.39
Цветной показатель	0.850-1.050	-	0.697 (!)
Лейкоциты	4.50-13.50	(10 ⁹ /л)	4.60
Гематокрит	35.00-43.00	(%)	31.90 (!)
Средний объем эритроцита	71.00-90.00	(fl)	72.70
Среднее содержание гемоглобина	24.80-30.30	(pg)	23.20 (!)

Коэф.анизотропии эритроцитов	11.70-16.40	(%)	16.60 (!)
Тромбоциты	175.00-436.0	(10 ⁹ /л)	514.00 (!)
Средний объем тромбоцита	5.00-11.10	(fl)	7.20
СОЭ по Панченкову	2-10	(мм/час)	9
Палочкоядерные нейтрофилы	1.00-6.00	(%)	4.00
Абс.число п/я нейтрофилов	0.04-0.30	(10 ⁹ /л)	0.18
Сегментоядерные нейтрофилы	37.0-61.0	(%)	35.2 (!)
Абс.число с/я нейтрофилов	2.00-5.50	(10 ⁹ /л)	1.62 (!)
Эозинофилы	< 5.00	(%)	3.54
Абс.число эозинофилов	0.02-0.65	(10 ⁹ /л)	0.16
Базофил	< 1.50	(%)	0.54
Абс.число базофилов	< 0.10	(10 ⁹ /л)	0.03
Лимфоциты	30.0-46.0	(%)	46.0
Абс.число лимфоцитов	2.00-6.00	(10 ⁹ /л)	2.13
Моноциты	3.00-11.80	(%)	10.72
Абс.число моноцитов	0.27-1.26	(10 ⁹ /л)	0.50
Процент эритроцитов с низким с	< 30.00	(%)	17.20
Фактор микроцитарной анемии	10.30-15.70	-	7.40 (!)

Биохимические исследования

Биохимия			
Наименование	Реф.предел	Ед.измерен	12.11.2020
АСТ (аспартатаминотрансфераза)	5-45	(U/L)	24
АЛТ (аланинаминотрансфераза)	5-45	(U/L)	20
Гамма-ГТП (гаммаглутамилтрансф)	3-22	(U/L)	24 (!)

Прочие Биохимические исследования

Наименование	Реф.предел	Ед.измерен	12.11.2020
Калий	3.5-5.1	(ммоль/л)	4.5
Натрий	136.0-146.0	(ммоль/л)	141.0

• КОНСУЛЬТАЦИИ

ОФТАЛЬМОЛОГ

Дата осмотра: 24.11.2020.

Жалобы на отклонение левого глаза кнаружи.

: Задержка в психо-речевом и моторном развитии, проверить остроту зрения не предоставляется возможным.

Осмотр: с использованием тропикамида 0,5%.

OD Веки не изменены; конъюнктив не изменена; отделяемого из конъюнктивальной полости нет; роговица прозрачная; хрусталик прозрачный;

Глазное дно Д.З.Н. бледно-розовый; границы четкие; артерии сужены, вены полнокровные, осмотр затруднен.

OS Веки не изменены; конъюнктив не изменена; отделяемого из конъюнктивальной полости нет; роговица прозрачная; хрусталик прозрачный; Периодически левый глаз отклоняется кнаружи.

Глазное дно Д.З.Н. бледно-розовый; границы четкие; артерии сужены, вены полнокровные; осмотр затруднен

Ассиметрия глазных щелей, справа глазная щель сужена.

Тонометрия. Аппланационный тонометр ICARE ONE.

Tn OD=20 mm Hg.

Tn OS=19 mm Hg.

Заключительный (основной, клинический) диагноз: H50.9 - - Расходящееся косоглазие левого глаза.



- Лечение, проведенное за время обращения

НЕВРОЛОГ

12.11.2020.

1. Таб. Клобазам (фризиум) 10 мг утром, 20 мг на ночь - длительно, непрерывно.
 2. Таб. Перампенел (файкомпа) 4 мг на ночь - длительно, непрерывно.
 3. таб.Карбамазепин пролонгированного действия (тегретол СР, финлепсин ретард) по 300 мг на ночь -длительно, непрерывно.
 4. Таб. Ламотриджин (ламиктал принимают на момент осмотра) по 100 мг утром - длительно, непрерывно.
- Решение вопроса о возможности об отмене клобазамы или перампанела после данных дообследования.

- Рекомендации

1. Наблюдение невролога по м/ж.
2. Режим дня, сна.
3. В связи с тяжелым, фармакорезистентным течением эпилепсии, влиянием на когнитивные функции рекомендовано генетическое обследование - панель "Наследственная эпилепсия" или "полноэкзомное секвенирование" - не входит в систему ОМС, выполняется за собственные средства или через фонды.
4. Взят на динамическое наблюдение, явка через 3 месяца, по клиническим показаниям - ранее.
5. Контроль ОАК, алт, аст, ттг, натрия крови, ЭКГ, ВЭЭГМ в динамике.
6. Наблюдение педиатра по м/ж, коррекция железодефицитной анемии.
7. С учетом фармакорезистентного течения эпилепсии решение вопроса об имплантации стимулятора блуждающего нерва.
8. Нуждается в подгузниках в связи с явлениями энуреза.
9. Занятия с дефектологом, логопедом, нейропсихологом, коррекционным педагогом.

- План лечения

1. Таб. Клобазам (фризиум) 10 мг утром, 20 мг на ночь - длительно, непрерывно.
2. таб.Карбамазепин пролонгированного действия (тегретол СР, финлепсин ретард) по 300 мг на ночь - длительно, непрерывно.
3. Таб. Ламотриджин (ламиктал принимают на момент осмотра) по 150 мг утром - 14 дней, далее при сохранности приступов возможно увеличение до 175 мг утром.
4. Таб. Перампанел (файкомпа) по 4 мг на ночь - длительно.

После окончания титрации ламотриджина, при стабильном состоянии начать постепенную отмену перампанела по схеме:

2 мг на ночь - 21 день, далее - отмена препарата

- Лечащий врач

/Врач детский невролог Ким Надежда Леонидовна/:

- В целях реализации требований статьи 70 ФЗ-323 "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации", в соответствии с которой "рекомендации консультанта реализуются только по согласованию с лечащим врачом", необходимо предоставлять результаты обследования, проведенного врачом-консультантом в ГАУ РО ОКДЦ, лечащему врачу в медицинскую организацию по месту территориального прикрепления.
- Внимание! Пациент предупрежден, что не может проходить обследование в ОКДЦ, если в это время осуществляется диспансеризация, профилактический осмотр по месту прикрепления или пациент находится на стационарном лечении в любом медицинском учреждении