



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: omldc@omldc-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:

No. 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 колозотомии 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 ОУ. Частичное отсутствие навыков самообслуживания (энурез,энкопрез). Нельзя исключить моногенную патологию.

• Жалобы при первичном обращении

Принимает перампанел (файкомпа) 4 мг на ночь, фризиум 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, замирания с поворотом головы влево 3-4 приступа в день, также частые зажмурования. 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/з

Топамакс +депакин -ремиссия 6 мес.

Кеппра+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/з, 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 фризиума - 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 колозотомии.

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 гемиконвульсивныхочных приступов и дневных ежедневных до 5 раз за ночь. С начала июня начали принимать файкомпу 4 мг на ночь - с регрессом гемиконвульсивных



приступов с 03.06.2020 г. Отмена масла с конца июня 2020 г. CBD , пробная терапия этосуксимидом - ухудшение. С июля введен ламотриджин - с регрессом дневных приступов (последние 14 дней) , в ночное время - сохраняются (по семиологии билатеральные тонические), частые до 15-30 за ночь. В связи с чем сентябрь 2020 г введен тегретол в 2 приема утром и вечером, постепенно отменен ламотриджин - урежение ночных приступов до 5 за ночь, но появились кивки в дневное время, в связи с чем тегретол уденвная дозировка отменена, увеличена ночная дозировка, утром введен ламотриджин - ночных приступов видимых не было с середины октября 2020 г., в дневное время в бодрствовании - кивки при пробуждении, перед которыми закрывает глаза до 15 приступов в серию, 3-4 серии в день, также замирание с поворотом головы влево с нарушением осознания - 3 раза в день. Также с регрессом ночных приступов улучшение понимания обращенной речи, расширения объема лепетных слов. Также были даны рекомендации по установке стимулятора блуждающего нерва в связи с резистентным течением эпилепсии, решение родителями еще не принято.

Прошли стационарное лечение с 16 по 24.07.20 г. в РНИМУ им. Пирогова Н.И., РДКБ (скан выписки прилагается).

МРТ ГМ (ЛДЦ МИБС, СПБ) от 04.2019 г. - структурные изменения обеих теменно-затылочных долей МР сигнала от белого в-ва за счет лейкопатии, субатрофических изменений коры в этих областях, п/гипоксические глиозирующие изменения обоих гиппокампов с более выраженным глиозом слева, множественные очаги глиоза по ходу сениовалльного центра, вероятно резидуальные, участок глиоза в п/к ядрах, гипоплазия задних отделов ствола и валика мозолистого тела. Слабо выраженная зона глиоза парасагиттальных отделов левой лобной области на уровне премоторной зоны, имеющая связь с корой - зона резидуального глиоза?, косвенная проявления корковой дисплазии?

ВЭЭГМ 3-х часовой от 01.02.2019 г. - ритм по возрасту, высокий индекс эпикартиности по типу ДЭПД в правой теменно-центральной области, с распространением по правому полушарию, в левой задне-височно-теменной области., разряды КОМВ с преобладанием амплитудным в левой затылочной области, регионального преходящего и продолженного земедления в левой затылочно-теменно-задневисочной области , во сне паттерн CSWS. Два приступа из левой затылочно-теменной области.

Офтальмолог от 27.06.2017 г. - расходящееся косоглазие ОД. ДЗН-бледно-розовый, границы четкие.

ЭКГ от 18.04.2019 г. - нормальное положение ЭОС, синусовый ритм с ЧСС 74-100 в 1 мин., брадиаритмия, нарушение в/желудочковой проводимости.

Выполнен кардиотип от 27.08.2019 г. - без патологии.

• Данные объективного осмотра в день составления выписки

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ПРИЕМ НЕВРОЛОГА-ЭПИЛЕПТОЛОГА

Общее состояние: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное.

Телосложение: нормостеническое. Антропометрия вес 24 кг, рост 122 см, ИМТ 16.0.

Кожные покровы чистые, бледные.

Описание ротовой полости: Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розовая, язык чистый, миндалины - б/о.

Глаза и веки: Глазных симптомов нет. Склеры светлые.

Описание лимфатических узлов: Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, мелкие, эластичные, подвижные, безболезненные.

Описание отеков: Системные отеки отсутствуют.

Д пульс: Ps D - 78 уд/мин.

Артериальное давление АД д. 100/60 мм рт. ст.

Неврологический статус: Высшая нервная деятельность Ребенок в сознании, обращенную речь понимает, речь преимущественно лепетными словами, редко фразами, бедная. За период осмотра частые зажмурования, также замирания, также ребенок говорит, что был приступ (впечатление, что ребенок что-то видит).

Черепно-мозговые нервы: Зрачки D=S, реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию в норме. Движения глазных яблок в полном объеме, расходящееся косоглазие, больше слева. Нистагма нет. Функция жевательной и мимической мускулатуры в норме. Корнеальный рефлекс сохранен, глоточный рефлекс вызывается, язык при высывании по средней линии. Окружность головы 51 см.

Парезов, локальный мышечных гипотрофий не выявлено. Сухожильные рефлексы D>S, без патологических рефлексов. Ходит самостоятельно. Неловкость в правой руке.

• ДАННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

◦ Заключение отделения функциональной диагностики

12.11.2020 Чернова И.А. Электроэнцефалография с видеомониторингом (3 часа) Дневной видео мониторинг ЭЭГ в состоянии активного и пассивного бодрствования (с проведением провокационных проб), в состоянии сна (с депривацией), продолжительностью 3 часа.

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

Принимаемые препараты: перампанел (файкомпа) 4 мг на ночь, фризиум 10 мг утром, 20 мг 2 раза в день,



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 беспробойного 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, РРС зарегистрирована продолженная эпилептиформная активность в виде изолированных, сгруппированных комплексов острая-медленная волна в левой височно-теменной области (реверсия фаз под электродами Р3, Т5), 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 йверетен сна, представленных периодически регистрирующимися вспышками ритмической активности в лобно-центральных и вертексных отделах. К-комpleксы 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 Р3, Т5), с распространением на гемисферу собственного полушария, диффузным распространением, в правой центрально-височно-теменной области (реверсия фазы под электродом Т6) с диффузным распространением.

Сон периодически прерывается самостоятельными пробуждениями с ЭЭГ-картины 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, РРС зарегистрирована продолженная эпилептиформная активность в виде изолированных, сгруппированных комплексов острая-медленная волна в левой височно-теменной области (реверсия фаз под электродами Р3, Т5), 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 Р3, Т5), с распространением на гемисферу собственного полушария, диффузным распространением, в правой центрально-височно-теменной области (реверсия фазы под электродом Т6) с диффузным распространением.

◦ ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ

клинико-гематологические исследования общий анализ крови

наименование	Реф. предел	Ед. измерен	дата
Гемоглобин	11.20-13.80	(г/дл)	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	($10^9/\text{л}$)	514.00 (!)
Средний объем тромбоцита	5.00-11.10	(fl)	7.20
ИСОЭ по Панченкову	2-10	(мм/час)	9
Палочкоядерные нейтрофилы	1.00-6.00	(%)	4.00
Абс. число п/я нейтрофилов	0.04-0.30	($10^9/\text{л}$)	0.18
Сегментоядерные нейтрофилы	37.0-61.0	(%)	35.2 (!)
Абс. число с/я нейтрофилов	2.00-5.50	($10^9/\text{л}$)	1.62 (!)
Эозинофилы	< 5.00	(%)	3.54
Абс. число эозинофилов	0.02-0.65	($10^9/\text{л}$)	0.16
Вазофил	< 1.50	(%)	0.54
Абс. число базофилов	< 0.10	($10^9/\text{л}$)	0.03
Лимфоциты	30.0-46.0	(%)	46.0
Абс. число лимфоцитов	2.00-6.00	($10^9/\text{л}$)	2.13
Моноциты	3.00-11.80	(%)	10.72
Абс. число моноцитов	0.27-1.26	($10^9/\text{л}$)	0.50
Процент эритроцитов с низким с	< 30.00	(%)	17.20
Фактор микроцитарной анемии	10.30-15.70		7.40 (!)

Биохимические исследования

Наименование	Реф. предел Ед. измерен 12.11.2020
АСТ (аспартатаминтрансфераза)	5-45 (U/L) 24
АЛТ (аланинаминтрансфераза)	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; конъюнктива 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; конъюнктива 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 (ламицтал принимают на момент осмотра) по 100 мг утром - длительно, непрерывно.

Решение вопроса о возможности об отмене клобазама или перампанела после данных обследований.

◦ 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 "полноэхомное 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 жэлезодефицитной анемии.
7. С учетом фармакорезистентного течения эпилепсии решение вопроса об имплантации стимулятора блуждающего нерва.
8. Нуждается в подгузниках с вязи 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 (ламицтал принимают на момент осмотра) по 150 мг утром - 14 дней, далее при сохранности приступов возможно увеличение до 175 мг утром.
4. Таб. Перампенел (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

