

## ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Россия, 121609, г. Москва, ул. Крылатские Холмы, д. 3, корпус 2

Для писем: 117574, г. Москва, а/я 34

Телефоны: (495) 742-4498; (495) 646-0437; факс (495) 416-7404

E-mail: [inmedtec@mail.ru](mailto:inmedtec@mail.ru); <http://www.biocyte.ru>

### Невролог-эпилептолог

**Дата:** 26.09.18 г.

**Ф.И.О.** Туркова Екатерина

**Возраст:** 12 лет 11 мес.

**Дата рождения:** 28.09.2005 г. р.

**Жалобы:** на медленную реакцию и задержку психо-речевого развития.

**Характер приступов (ранее):** во время сна приступ - сам приступ не видели, далее через 2 дня гипомоторный приступ продолжительностью несколько минут, после приступа сон и многократная рвота (в декабре 2015 года).

**Анамнез жизни и заболевания:** Беременность первая протекала на фоне ЗВУР с 6-7 мес, роды на 39-40 нед, масса 2110 г, рост 47 см. В кислородной палатке в течении 3 дней, выписана на 11 сутки. Пошла в 1 г 4 мес, речь в 4 года.

При введении в терапию препарата этосуксемид (с 07.18 г.), отмечается положительная реакция в виде улучшения мыслительных и поведенческих реакции, улучшилась речь (увеличился словооборот), на фоне введения препарата была рвота, но при снижении дозы данные симптомы были купированы.

**МРТ головного мозга 20.01.16:** очаги демиелинизации в белом веществе лобных долей, дистопия миндалин мозжечка. Пустое турецкое седло. Киста в левой верхнечелюстной пазухе. Хронический левосторонний эпимезатимпанит, мастоидит.

**КТ головного мозга от 11.05.18:** субатрофические изменения лобных долей, умеренная наружная гидроцефалия.

**Окулист от 13.04.17 г.:** содружественное расходящееся косоглазие неаккомодационное оперированное, гиперметропия 1 степени, гиперметропический астигматизм, макулодистрофия.

**ВЭЭГ 29.08.17 г.:** полиморфная эпилептиформная активность (в затылочно-теменно-височных, диффузная) высоким индексом.

ВЭЭГ от 10.05.18: при сравнении с ВЭЭГ от 29.08.17 с отрицательной динамикой основная ритмика более дезорганизована, увеличения индекса патологической активности, сон на фазы не дифференцируется.

**ЭЭГ 2015:** ЭА ДЭРД с акцентом в затылочных отделах левого полушария с диффузным распространением.

**ФМ VAL 500 мг/сут от 09.2017:** 1-проба: 73.45

**Видео-ЭЭГ мониторинг 10 часов от 05.06.18 г.:** Сон на фазы не дифференцируется, физиологические паттерны сна деформированы и дезорганизованы эпилептиформной активностью, а также региональным замедлением. По ходу сна отмечается значительное увеличение индекса (80-90%), амплитуды и распространенности патологической активности с формированием электрического эпилептического статуса сна (ESES). Во время бодрствования и сна регистрируется эпилептиформная активность с ведущим фокусом в лобно-височно-теменных отделах головного мозга. Также независимо зарегистрирована эпилептиформная активность в височно-теменных отделах головного мозга. Индекс патологической активности во время бодрствования низкий ближе к среднему и составляет 20-30%.

**Консультация окулиста от 05.06.18:** OU – Астигматизм сложный гиперметропический прямого типа изометропический. Косоглазие постоянное содружественное расходящееся альтернирующее чаще OS.

**Терапия:** депакин-хроносфера 250 мг по 1 пак. 2 раза в день. Этосуксемид 250 мг 1 капс. утром и 2 капс. вечером.

**Неврологический статус:** вес 38 кг, в сознании, общемозговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра нет. Легкий центральный гемипарез справа, расходящееся

косоглазие преимущественно за счет правого глаза. Задержка психо-речевого развития, самостоятельно ходит с легким гемипаретическим компонентом справа. Функции тазовых органов не нарушены. Навыки самообслуживания формируются.

**Результаты исследования:**

**Видео-ЭЭГ мониторинг 10 часов от 26.09.18 г.:** При сравнении с предыдущим исследованием с выраженной положительной динамикой в виде снижения индекса патологической активности во время сна.

**Заключение:** Эпилепсия криптогенная (вероятно симптоматическая) фокальная. Задержка психо-речевого развития. OU – Астигматизм сложный гиперметропический прямого типа изометропический. Косоглазие постоянное содружественное расходящееся альтернирующее чаще OS.

**Рекомендации:** в связи с выраженной положительной динамикой в дополнительной коррекции не нуждается. **Препараты резерва: Топирамат, гидрокортизон.**

1. Наблюдение невролога по месту жительства.
2. Вальпроевая кислота в гранулах (принимает препарат Депакин-хроносфера) 250 мг по 1 пак. 2 раза в день (500 мг/сут).
3. Этосуксемид (принимает препарат Суксилеп) 250 мг 1 капс. утром и 2 капс. вечером (750 мг/сут).

Препараты принимать длительно, непрерывно, в одно и то же время, не допуская пропуска приема препарата. Препарат принимать 2 раза в день с 12-ти часовым интервалом между приемами.

4. Для купирования приступа длительностью более 3 минут 0,5% Sol. Diazepam 1-1,3 ml в/м.
5. Омега-3 жирные кислоты 1 г утром, принимать через 30 минут после еды. Курс 2 мес.
6. Фармакологический мониторинг вальпроевой кислоты и этосуксемида 1-ая проба 2 раза в год.
7. Противопоказаний для санаторно-курортного лечения на момент осмотра нет.
8. Исключить электро-, физио- и магнитные процедуры, общие тепловые процедуры, а также сосудистые/ноотропные и нейротрофические препараты.
9. Противопоказания для ЛФК, кинезиотерапии, кинезиотейпирования, механотерапии и иппотерапии на момент осмотра нет.
10. Снижать температуру при подъеме >37,5 (Нимулид, Нурофен и т.д., физические методы).
11. Видео-ЭЭГ мониторинг с обязательной регистрацией сна через 3-4 мес.
12. Биохимия крови (ферменты печени) 2 раза в год.
13. УЗИ внутренних органов и почек 2 раза в год.
14. Общий анализ крови и мочи 4 раза в год.
15. Повторная консультация невролога-эпилептолога через 3-4 мес.

Невролог-эпилептолог, к.м.н.:

Ширяев Ю.С.  
pristupovnet@yandex.ru

