

«23» 11 20 22 г.

420061, г. Казань
ул. Б. Галеева, д.11
E-mail: detbol8@mail.ru
конт. тел./факс :8(843) 273-45-79

Консультация невролога-эпилептолога

Юртиков Илья Павлович, 02.03.2018 – 4 года 8 мес

Родился доношенным, на 40 нед, Апгар 8-9 б., на 2 сутки не принесли кормить, плакал и появился генерализованный тремор. На 3 сутки принесли кормить, сосание не нарушено, дыхание самостоятельное.

С 10 суток рвота, ухудшение состояния. Ликвор мутный, цитоз бкл, белок >4г/л, ПЦР ЦМВ, ВПГ, ЭБВ парвовирус, токсоплазма отриц.

НСГ выраженные гипоксически-ишемические изменения во всех отделах. ЭЭГ эпилептиформная активность, больше слева. Приступы четко не описаны.

Назначен вальпроат и карбамазепин.

В 6 месяцев на МРТ нет признаков перенесенной острой ишемии мозга истончение мозолистого тела и вентрикуломегалия симметричная.

В 6 мес ЭЭГ без патологической активности (Сивкова С. Н.), отмена АЭП.

До 8 месяцев развивался с задержкой без критических состояний, переворачивался, высоко поднимал корпус и голову на локтях, на животе, улыбка, гулил, интерес к игрушкам.

В 8 мес перенес менингококковый энцефалит. Отек мозга, судороги. Введены леветирацетам, окскарбазепин.

Утратил навыки. Кормился самостоятельно, была псевдобульбарная симптоматика.

В 10 мес приступов нет, ЭЭГ - продолженное замедление в правом полушарии, независимые разряды справа и слева.

Леветирацетам отменен. Оставлен окскарбазепин.

В 14 месяцев на МРТ выявлены обширные субдуральные гидромы в обоих полушариях. Удалены хирургически. Окскарбазепин отменен. К тому моменту в психо-неврологическом статусе: способен недолго удерживать голову, попытки тянуться к игрушкам, но не взять, перевороты с трудом, улыбка.

В 1,5 года появились пароксизмы, всегда связанные с кашлем, рвотными позывами при кормлении: застывал, взгляд в одну точку, затем подергивание одной руки, с переходом на другую руку, или двух рук одновременно, иногда с вовлечением ноги. Длительность до 1 минуты. Приступы более распространенные часто заканчивались сном. Учащались – раз в 3-7 дней. Перестали быть связанными с кашлем.

В 2,5 года назначен зонисамид – учащение приступов. Замена на вальпроат – возврат к первоначальной ситуации. Дексаметазон коротким курсом – приступов не было в период инъекций, с последующим рецидивом.

Переход на леветирацетам – без эффекта.

ЭЭГ в этот период основная активность замедленная, мультирегиональные спайки обоих полушариях, больше в левом



Ранее на ЭЭГ были описаны зафиксированный фокальный моторный приступ из центральных отделов и эпилептические спазмы, хотя при анализе данных нет очевидных паттернов, искажение артефактами, и продолженная эпилептиформная активность в задних отделах, без гипсаритмии. В связи с этим в 3 года года введен вигабатрин. Видео от этого времени демонстрирует спазмы.

Приступы стали легче и реже, затем купировались на несколько месяцев.

В 3г7 мес кохлеарные импланты при полном отсутствии приступов на леветирацетаме+вигабатрин.

В 3г11мес отмена леветирацетама, увеличение вигабатрина до 1500 мг/сут

Через 1 месяц пароксизмы с криком, кашлем, застыванием, выходом газов, мидриазом. Приступы раз в неделю в среднем, не длительные.

Вновь введен леветирацетам – без дополнительного эффекта.

В настоящий момент спазмы не отмечаются, только крики, которые возникают пароксизмально как в бодрствовании, так и во сне, не ежедневно.

Последняя ЭЭГ в августе 22г показывает замедленную активность, с акцентом в правом полушарии, медленные комплексы в правом полушарии, во сне - нарастание асинхронного высокоамплитудного замедления, бедность физиологических паттернов.

Илья не регрессирует, медленно приобретает навыки, способен брать предметы активно левой рукой, несет в рот, переворачивается и удерживает недолго голову, улыбка есть, но нет зрительного контакта.

В статусе терапарез спастико-гиперкинетический с преобладанием дефицита справа.

Принимает сабрил 1500 мг, кеппра 500 мг/сут

Заключение: спастический тетрапарез вследствие перенесенной нейроинфекции, эпилепсия структурная с эпилептическими спазмами и вероятными моторными приступами в анамнезе.

Пароксизмы, которые в настоящий момент являются предметом жалоб, вероятно не являются эпилептическими приступами.

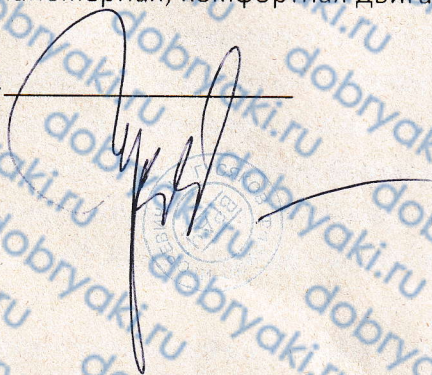
Рекомендовано проведении ФГДС для исключения ГЭРБ и его терапии, при подтверждении.

Рекомендовано оставить вигабатрин (возможно аналог Сабрила) в дозе 1500 мг/сут

Рекомендовано отменить леветирацетам по 2,5 мл каждые 2 недели.

Рекомендована планомерная, комфортная двигательная и когнитивная абилитация.

Врач Гусяков Ф. И.



« 12 » 05 20 23 г.

420061, г. Казань
ул. Б. Галеева, д.11
E-mail: detbol8@mail.ru
конт. тел./факс :8(843) 273-45-79

Консультация эпилептолога

Юртиков Илья Павлович, 02.03.2018 – 5 лет

Повторно.

По прежнему беспокоят два вида пароксизмов: вздрагивания, быстрые, мультирегиональные или сегментарные, вовлекающие часто голову, лицо (зафиксированы на ЭЭГ, не являются эпилептическими приступами) и пароксизмы с вегетативными и эмоциональными проявлениями, напряжением в руках, двигательным беспокойством (представлено видео – нет кинематики эпилептических приступов).

Рекомендованная ранее ФГДС не проведена, однако по косвенным признакам установлен ГЭРБ и назначена терапия. На терапии приступов второго типа стало очевидно меньше и ребенок стал более расслабленным и спокойным.

Вздрагиваний стало меньше с введением леветирацетама и уменьшением дозы вигабатрина, происходят не ежедневно.

В настоящий момент планируется полная отмена вигабатрина и дальнейшая коррекция терапии ГЭРБ.

Принимает леветирацетам 400 мг/сут, вигабатрин 500 мг/сут

Нексиум, креон.

Заключение: Тетарапрез вследствие перенесенной нейроинфекции. Нет эпилепсии. Неэпилептический миоклонус у ребенка с аноксическим церебральным поражением.

Рекомендовано откорректировать терапию ГЭРБ. Продолжать снижение вигабатрина по плану до полной отмены.

После этого оценка состояния и динамики пароксизмальных состояний

Гусяков Ф. И.

