Клиника неврологии «EpiJay»
ООО «ЭПИДЖЕЙ»
г. Санкт-Петербург, ул. Бутлерова, д. 9, к. 2
Телефон: +7 (812) 426-17-44, www.epi-jay.ru
лицензия № ЛО41-01158-78/00536039 от 26.02.2021 г.

EPIJAY

Санкт Петербургская Клиника Эпилептологии и Детской Неврологии
(СПб, пр. Большой Сампсониевский, д. 96, ул. Бутлерова д 9, к2, тел. 8 (812)426-17-44

Консультация эпилептолога

ФИО: Швалев Денис Анатольевич (21.03.2014) 10 лет.
Жалобы: приступы: : ПП в марте 2024. Приступ: глаза уходят вправо, дергает правая рука и щека. Приступы часто купируются мидазоламом. Периодическая аутоагрессия.
Анамнез болезни: у ребенка ВПС. Оперирован в возрасте 13 дней. В 1 месяц- мама обратила внимание на патологические движения глаз. В года на фоне введения кортексина- утрата сознания, судороги около 40 минут. Назначен депакин. Приступы продолжлись несолько раз в неделю при засыпании и пробуждении, статусообразное течение, купировались мидазоламом. Трилептал- ухудшеение. Затем введен топирамат. Приступы стали реже, частота около 1 раз в 3- 6 месяцев. 2 года назад введена файкомпа, на этом фоне агрессивность, ламотриджин- усиление приступов, файкомпу убрали. Кеппра- вялость, слюнотечение. После проведения короткого курса ГК- не было приступов в течение 6 месяцев.
Затем назначен эпилепксид.
МРТ 04.2024- картина расширения и деформации левого бокового желудочка, минимальных перивентрикулярнх глиозных изменений.
МРТ 05.2024- описание МР картина асимметричных атрофических изменений вещества больших полушарий ГМ, с редукцией белого вещества. Слева- мезиотемпоральный склероз?. Трактография- обеднение количества ассоциативных в и проекционых волокон в левой гемисфере, смещение комиссуральных волокон слева направо.
ВЭ сна от 04.2024- разряды ДЭРД, феномен SWAS, разряды независимые над левым и правым полушарием, чаще с правосторонним акцентом.
Кардиолог- воричная кардиомиопатия по гипертрофическму типу.
Терапия: топирамат 100 + 125 мг , 225 мг. Вес 26 кг.
Перинатальный анамнез:
Наследственность
Аллергологический анамнез:
Сопутствующие заболевания: ВПС. Транспозиция магистральных сосудов. Окулист- локальная деформация правого глазного яблока.
Окулист- расходящееся косоглазие.
В соматическом статусе: п/о рубцы в области брюшной стенки.
В неврологическом статусе: ПМР- отставание, когнитивные нарушения. Расходящееся косоглазие. Правосторонний гемипарез. Снижение силы руке- дистальные отделы до 2-3 баллов.

Диагноз: Эпилепсия фокальная структурная с феноменом SWAS. Фармакорезистентная. Коогнитивные нарушения. Правосторонний гемипарез. Соп: Расходящееся косглазие на фоне деформации правого глазного яблока. Оперированный ВПС.

Рекомендовано:

1. Наблюдение невролога
2. Консультация психиатра (Кириллов)
3. Топирамат 100 мг утром, 125 мг вечером. Анализ крови на содержание топиарамта утром до приема препарата.
4. Сультиам 50 мг- 1/2т- 2 раза в сутки, через 1 неделю 1т- 2 раза в сутки, через 1 неделю 1,5т- 2 раза в сутки. Через 1 неделю. 2т- 2 раза в сутки. Через 1 неделю 2,5т- 2 раза в сутки. При появлении одышки- снизить дозировку.
   Или наращивать дозировку этосуксимида (эпилексид) до 750-1000 мг в сутки под контролем переносимости
5. Исключить виды деятельности, опасные в случае развития приступа, ванна под надзором, бассейн- под индивидуальным контролем, занятия на высоте – с постоянной страховкой
6. Анализ крови с тромбоцитами + АЛТ + АСТ каждые 3 месяца
7. Исключить использование ноотропов и электропрцедур
8. Контроль анализа мочи (соли) 1 раз в 3 месяца. Узи почек и МП 1 рза в 3-6 месяцев
9. Взять диск МРТ
10. Решение вопроса о хирургическом вмешательстве на предхирургическом консилиуме (записаться)

Дата: 24.06.2024

Врач: к.м.н. Гуменник ЕВ



Выписка из амбулаторной карты №24571 на
Швалева Дениса Анатольевича,
21.03.2014г.р, ребенок-инвалид
адрес: 684090 Камчатский край, г. Вилючинск
ул. Центральная 33-51,
тел.: 8924793- 33- 89
В ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

Диагноз клинический основной: ДЦП, правосторонний гемипарез. Структурная мультифокальная эпилепсия. Задержка психомоторного, психоречевого развития.
Сопутствующий: Эквинусная деформация правой стопы. Врожденная миопия высокой степени правого глаза, анизометропия.
Из анамнеза: Ребенок от IV-III родов на сроке 38-39 недель. Вес при рождении 3650, оценка по шкале Апгар 8\9 баллов. Через 3 часа после рождения состояние тяжелое , сатурация 63-67%, общий цианоз, одышка, тахикардия, переведен в ОРИТ ККДБ, Выявлен ВПС: ТМС, ДЖПП, ОАП, ООО. В возрасте 8 суток транспортирован в
г. Новосибирск, в ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина, где проведено оперативное лечение.
В мае 2014 года находился на обследовании и лечении в ДО №3 ГБУЗ ККДБ
Клинический диагноз: Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза, тяжелой степени, синдром двигательных нарушений, судорожный синдром. Состояние после оперативной коррекции ВПС. Отслойка сетчатки ОД. Деструкция стекловидного тела ОД. Гипотрофия смешанного генеза, постнатальная, 2ст.
С 1 месяца наблюдается повышение мышечного тонуса в конечностях справа. С 1 года 1 месяца- симптоматическая эпилепсия. На первом году жизни в физическом развитии соответствовал возрасту, в нервно- психическом развитии задержка.
Перенесенные заболевания: Обструктивный бронхит, ДН 1 ст., Ж/Д анемия легкой степени, водянка оболочек правого яичка, хориоретиниоз, гиперметропия средней степени, ОРВИ.
С рождения медицинский отвод от профилактических прививок и пробы Манту.
Аллергологический анамнез не отягощен.
В настоящее время беспокоят нарушения походки, ограниченные движения в правых конечностях. Постоянно получает топамакс по 100мг -утро, 125мг-вечер, медозолам для купирования приступа 7.5 мг. Медикаментозная резистентность, приступы могут быть по 3 в день.
Наблюдается у невролога с диагнозом: Структурная фокальная эпилепсия, приступный период. Не исключено формирование эпилептического статуса медленного сна. (ESES) Детский церебральный паралич, правосторонний гемипарез. GMFCS II. Задержка психического развития.
С 15.04 по 25.04.2024 находился на стац лечении в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, с 13.05 по 30.05.2024 стац лечение обследование в Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологи. По рекомендации из выписки Федерального центра назначен Сультиам 50мг по схеме или наращивать дозировку эпилексида под контролем переносимости. На данный момент получает Эпилексид — приступы сохраняются.

Участковый педиатр: Гагарина А.А.



Дата: 22.08.2024

ГБУЗ «КАМЧАТСКАЯ КРАЕВАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА»
683024, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Орджоникидзе, д. 7

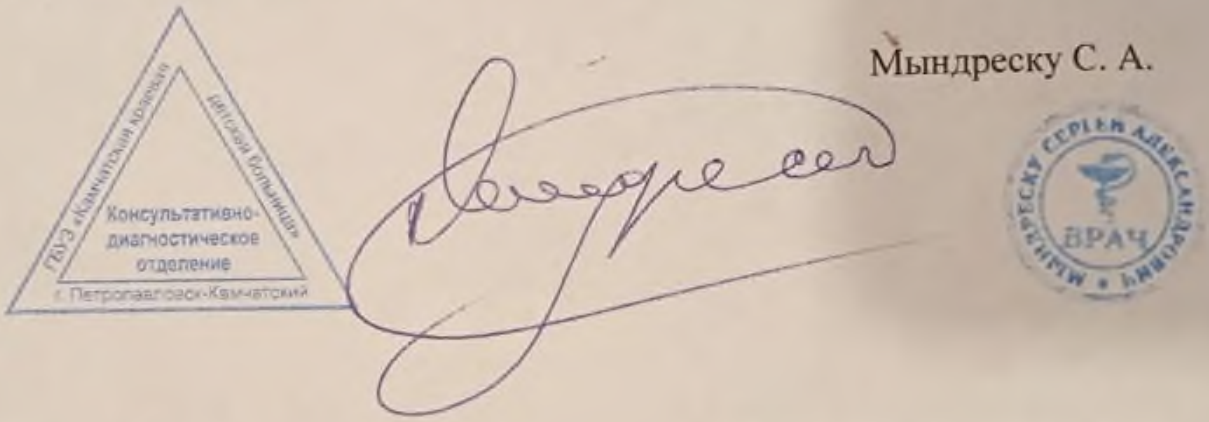
ЗАКЛЮЧЕНИЕ Главного внештатного невролога МЗ Камчатского края

Дата: **04.09.2024**
ФИО: **Швалёв Денис Анатольевич**
Дата рождения: **21.03.2014** Возраст: **10лет 5мес. 14дней**

Находился на обследовании в консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ "Камчатская краевая детская больница" с 04.09.2024
Диагноз: : **G40.8 Другие уточненные формы эпилепсии**
Структурная фокальная эпилепсия, с феноменом SWAS
G80.8 Детский церебральный паралич, правосторонний гемипарез.GMFCS II.MACS III. Задержка психо-речевого развития.
Рекомендовано :
- наблюдение педиатра, невролога по месту жительства.
- Дневник и видео-запись приступов.
- клинический анализ крови 1 раз в 3 мес.
- биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза, АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин, мочевина, креатинин не реже 1 раза в 3 мес.
- УЗИ ОБП, почек - контроль 1 раз в 6 мес.

- видео ЭЭГ мониторинг 8 часов - контроль
-Топирамат 100 мг утром и 125 мг вечером (расчетная доза 9,6 мг/кг/сут
- Этосуксемид 50 мг/мл, увеличить через 1 нед. до 750 мг в сутки в 2 приема (по 7.5 мл). При сохраняющихся приступах увеличить до 1000 мг в сутки в 2 приема (расчетная доза 40 мг/кг/сут).
- при сохраняющихся приступах и феномене SWAS на ЭЭГ возможно ввести в схему Сультиам.

Врач: Мындреску С. А.



Санкт-Петербургская Клиника эпилептологии и детской неврологии «EpiJay»
ООО «ЭПИЦЕНТР»
г. Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр-кт, 96
Телефон: +7 (812) 426-17-44 www.epi-jay.ru
лицензия № Л041-01148-78/00218390 от 25.12.2017 г.
выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга

EPIJAY

Санкт Петербургская Клиника Эпилептологии и Детской Неврологии
(СПб, пр. Большой Сампсониевский, д. 96, ул. Бутлерова д 9, к2, тел. 8 (812)426-17-44

Проведен консилиум в составе главного врача клиники Эпиджей к.м.н. Коростовцева ДД,
профессора д.м.н. Фоминой МЮ,
лечащего врача эпилептолога к.м.н.Гуменник ЕВ,
врача эпилептолога доцента к.м.н. Чадева ВА,
врача радиолога Кукота УА, врача нейрохирурга Козырева

ФИО: Швалев Денис Анатольевич (21.03.2014) 10 лет.
Жалобы: фокальные приступы (правосторонние гемиклонии с тяжелым дыханием, нарушением сознания и контакта), которые купируются диазепамом, SWAS феномен, возбудимость, агрессия.
Анамнез болезни обсужден: у ребенка ВПС. Оперирован в возрасте 13 дней. В 1 месяц- мама обратила внимание на патологические движения глаз. В года на фоне введения кортексина- утрата сознания, судороги около 40 минут. Назначен депакин. Приступы продолжлись несолько раз в неделю при засыпании и пробуждении, статусообразное течение, купировались мидазоламом. Трилептал- ухудшеение. Затем введен топирамат. Приступы стали реже, частота около 1 раз в 3- 6 месяцев. 2 года назад введена файкомпа, на этом фоне агрессивность, ламотриджин- усиление приступов, файкомпу убрали. Кеппра- вялость, слюнотечение. После проведения короткого курса ГК- не было приступов в течение 6 месяцев.
Затем назначен эпилексид, на этом фоне купировались постоянные подергивания щеки. .
МРТ 04.2024- картина расширения и деформации левого бокового желудочка, минимальных перивентрикулярнх глиозных изменений.
МРТ 05.2024- описание МР картина асимметричных атрофических изменений вещества больших полушарий ГМ, с редукцией белого вещества. Слева- мезиотемпоральный склероз?. Трактография- обеднение количества ассоциативных в и проекционынх волокон в левой гемисфере, смещение комиссуральных волокон слева направо.
ВЭ сна от 04.2024- разряды ДЭРД, феномен SWAS, разряды независимые над левым и правым полушарием, чаще с правосторонним акцентом.
Кардиолог- воричная кардиомиопатия по гипертрофическму типу.
Терапия: топирамат 100 + 125 мг , 225 мг. Вес 26 кг.
Сопутствующие заболевания: ВПС. Транспозиция магистральных сосудов. Окулист- локальная деформация правого глазного яблока.
Окулист- расходящееся косоглазие.
В соматическом статусе: п/о рубцы в области брюшной стенки.
В неврологическом статусе: ПМР- отставание, когнитивные нарушения. Расходящееся косоглазие. Правосторонний гемипарез. Снижение силы руке- дистальные отделы до 2-3 баллов.
Диагноз: Эпилепсия фокальная структурная с феноменом SWAS. Фармакорезистентная. Когнитивные нарушения. Правосторонний гемипарез. Соп: Расходящееся косглазие на фоне деформации правого глазного яблока. Оперированный ВПС.

Рекомендовано:
Учитывая особенности анамнеза- порок сердца оперированный, кардиомиопатия, рекомендовано продолжить медикаменотзную терапию: ввести сультиам
Сультиам 50 мг на ночь 1 неделя, затем 50 мг- 2 раза в сутки 1 неделя, затем 50 мг утром, 100 мг на ночь 1 неделя, затем 50 мг утром, 150 мг на ночь.
При отсутствии эффекта- рассмотреть гормональную пульстерапию.
При отсутствии эффекта- возможно повторное обсуждение пользы и рисков хирургического вмешательства- левостороннней функциональной гемисферотомии.

Дата: 17.10.2024 Врач: к.м.н. Гуменник ЕВ

Главный врач клиники Коростовцев ДД

Общество с ограниченной ответственностью «ЭПИЦЕНТР» Санкт-Петербург для документов

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ–ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий

198205, Санкт-Петербург, Авангардная ул., 14,
тел.(812) 217-01-01 факс (812)217-01-02
e-mail: db1@zdrav.spb.ru сайт: www.dgb.spb.ru

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

ФИО, Дата рождения, номер истории болезни
Швалёв Денис Анатольевич, дата рождения: 21.03.2014, №м/к 20349/С2024
Адрес регистрации
Россия, 684090, край Камчатский, г Вилючинск, мкр Центральный, д.30, кв.70
Находился в СПБГБУЗ "ДГМ КСЦ ВМТ"
С 13.05.2024 по 30.05.2024 на отделении нейрохирургии №60.
ДИАГНОЗ ВЫПИСКИ:
Основной: Фокальная эпилепсия неуточненная, фармакорезистентное течение. SWAS эпилептическая энцефалопатия. Миоклонии правой руки.

Сопутствующий:
Синдром ДЦП, спастический тетрапарез с акцентом справа. GMFCS III.
Расстройство аутистического спектра с интеллектуальной недостаточностью и расстройством речи и языка.
OU- расходящееся косогазие. OD - Миопия высокой степени. Нельзя исключить стафилому на фоне миопии высокой степени? псевдоколобому OD?

ВПС: транспозиция магистральных артерий. Дефект межпредсердной перегородки вторичного типа. Состояние после радикальной коррекции транспозиции магистральных артерий с интактной межжелудочковой перегородкой от 03.04.2014 года.
Состояние после задней капсулотомии правой стопы. Ахиллопластики по Байеру справа. Закрытое рассечение подошвенного апоневроза справа от 10.07.2020 года.

ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ: Код по МКБ10: G40.8 Другие уточненные формы эпилепсии
Дата постановки диагноза: 30.05.2024
Характер заболевания: хроническое, известное ранее
СОПУТСТВУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ: Код по МКБ10: G80.0 Церебральный паралич со спастической тетраплегией
Дата постановки диагноза: 30.05.2024
Характер заболевания: хроническое, известное ранее
СОПУТСТВУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ: Код по МКБ10: F84.0 Детский аутизм
Дата постановки диагноза: 30.05.2024
Характер заболевания: хроническое, известное ранее
СОПУТСТВУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ: Код по МКБ10: H52.1 Миопия
Дата постановки диагноза: 30.05.2024
Характер заболевания: хроническое, известное ранее
СОПУТСТВУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ: Код по МКБ10: Q24.8 Другие уточненные врожденные аномалии сердца
Дата постановки диагноза: 30.05.2024
Характер заболевания: хроническое, известное ранее
СОПУТСТВУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ: Код по МКБ10: M24.5 Контрактура сустава
Дата постановки диагноза: 30.05.2024
Характер заболевания: хроническое, известное ранее
ЖАЛОБЫ : судороги, задержка развития.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ :
Находился в центре кардиохирургии им. Е.Н. Мешалкина с 02.04.14 по 30.04.14 с д-зом: ВПС: транспозиция магистральных артерий. Дефект межпредсердной перегородки вторичного типа. ОАМ. ХСН 2А. ФК IV. 03.04.2014 - Радикальная коррекция транспозиции магистральных артерий с интактной межжелудочковой перегородкой. Выписан в стабильном состоянии.
Находился в мае 2014 года в ККДБ с д-зом: ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза тяжелой степени, судорожный синдром. Соп.: ВПР сердца, состояние после оперативного лечения. Отслойка сетчатки OD. Деструкция стекловидного тела OD.
В июле, сентябре 2020 года находился в СПбГПМУ, проведено оперативное лечение 10.07.2020 - задняя капсулотомия правой стопы. Ахиллопластика по Байеру справа. Закрытое рассечение подошвенного апоневроза справа. Получал курс восстановительного лечения, ботулинотерапию в мышцы правых конечностей, гипсовую иммобилизацию конечностей.
Находился в декабре 2021 года в РДКБ им Н И Пирогова с д-зом: ДЦП, правосторонний гемипарез II уровень по GMFCS. Соп.: Эпилепсия с правосторонними гемиклоническими приступами ЗПМР ВПР сердца. Вторичная ГКМП. Проведено обследование и восстановительное лечение.
В апреле 2024 года находился в НМИЦ им. В.А. Алмазова с д-зом: G40.2 структурная эпилепсия.
Развивается с задержкой задержкой развития - сидит с 1,6 мес, ходит с 2 лет, единичные слова к году. Дебют судорог в 1 год с генерализованного судорожного приступа, назначен депакин - без значимого эффекта, отменен. Введен трилептал (усиление приступов). Топиромат - ремиссия до 6 мес. Добавлена Кеппра (снижение мышечного тонусса), ламотриджин - усиление приступов, далее в течении нескольких лет файкомпа, топамакс. Со слов отца, около 1 года назад курс ГКС с положительным эффектом в виде уменьшения приступов (в предоставленной мед. документации не описано). Эпилептические приступы по типу адверсии головы и глаз вправо, подергиваний в правой половине лица и руке с последующим переходом в билатеральный тонико-клонический приступ. Длительность от 30 сек. до нескольких минут.
кратность до 2 раз в месяц, купированы медикаментозно, последний 13.03.2024 г. АЭТ на момент поступления: топирамат (топамакс) по 125 мг х 2 р\д (9, 6 мг\кг\сут).

Ранне проведенное обследование:
НСГ 22.03.2014 - признаки ВЖК с дилатацией ЛЖ.
КТ ГМ 21.03.14 - смешанная гидроцефалия заместительного характера
ЭЭГ ВМ 31.07.18 - региональная ЭА пик-волна, ОМВ, соотв. ДЭРД в правой лобно-центральной, височной, в левой височной с тенденцией к рас-

пространению на центральные отделы ЛП.
УЗИ глазных яблок 22.10.19 - признаки псевдоколобомы сетчатки справа
МРТ ГМ июнь 2020 г. - вентрикулоасимметрия за счет локальной дилатации левого БЖ. Расширенные периваскулярные пространства, окружены зоной глиоза. локальная деформация правого глаза.
Офтальмолог 19.06.20 - вр. миопия высокой степени правого глаза, анизометропия.
МРТ ГМ 23.12.21 - диффузная корко-подкорковая церебральная атрофия. Асимметричная вентрикуломегалия S>D с выраженным расширением левого и деформацией его контуров, объемным уменьшением левого таламуса и наличием в его вентральных отделах мелкокистозных включений. Объем белого вещества левой теменной доли уменьшен.
ЭЭГ ВМ 8 часов 22.09.23 - мультирегиональная ЭА, в виде постоянно, продленной, диффузной, регулярной пик-волновой ЭА, в виде комплексов спайк-волна в лобно-центрально-теменно-височно-затылочных отведениях, с увеличением индекса до 80-100% - ESES.
МРТ ГМ по эпи-протоколу от 18.04.24 - картина расширения и деформации левого БЖ, минимальных перивентрикулярных глиозных изменений.
ЭЭГ мониторинг 8 часов 23-24.04.2024 - ЭА в виде комплексов ОМВ морфологии ДЭРД в левых лобно-центральных и правых лобно-передневисочных отведениях до 80-100 % записи.
Полноэкзомное секвенирование 02.09.21 - найден вариант неизвестного клинического значения в гене PRODH
АНАМНЕЗ ЖИЗНИ : Ребенок от: от 4 физиологической беременности; Резус конфликт Роды 3: физиологические на 38 нед; МТ 3650 г. ДТ 53 см. При рождении состояние тяжелое, через 3 часа переведен в ОРИТ ДККБ, на 8 с.ж. транспортирован в НИИ ПК им. Е.Н. Мешалкина для оперативного лечения ВПР сердца. Растет и развивается: с задержкой, сам не ест, пить может из кружки. Ходит сам с 2х лет. Тазовые функции контролирует; Прививки: медотвод с раннего возраста Вакцинация против кори, столбняка, дифтерии: медотвод; Патологические реакции на прививки: отрицают; Детские инфекции: не болел; (инф., COVID-19): нет; Туберкулез: нет; Гепатиты: нет; Укус клеща - отр. Осмотр на педикулёз,чесотку: нет; Сифилис: нет; ВИЧ: нет; Наличие признаков вирусной инфекции у сопровождающего: нет; На диспансерном учете: кардиолог, эпилептолог; Гемотрансфузии: нет; Травмы, судороги, сотрясения головного мозга: эпи с 12 мес; Оперативное лечение: ВПС транспозиция магистра сосудов в 13 дней жизни; Аллергоанамнез: на цитрусы; Наследственность: не отягощена
Соматический статус: Состояние: средней тяжести по основному заболеванию, Температура тела: 36,5 С, Вес: 26.0, Рост: 140, ИМТ: 13.3, Сознание: активное бодрствование Оценка состояния кожных покровов: чистые обычной влажности без патологических высыпаний, Оценка состояния видимых слизистых оболочек: розовые без патологических высыпаний, Очаговая симптоматика: отсутствует, Двигательная активность: в полном объеме, Периферические л/узлы: не увеличены, ЧСС: 108 уд.в мин., Результаты аускультации легких-дыхание: везикулярное, Живот: мягкий, безболезненный, Стул: оформленный, Диурез: достаточный
Неврологический статус:
Сознание: активное бодрствование. На осмотр реагирует индифферентно. Социально-коммуникативные навыки: экспрессивная речь - слоги, цепочки слогов, простые слова, словосочетания, фразы. Рецептивная речь - смотрит на говорящего взрослого, улыбается, обращенную речь понимает выборочно. Знает животных, части тела. Жестовая речь +, в т.ч. указательный жест. Простые просьбы +. Взгляд фиксирует, следит за предметами, реагирует на звуки. Большие моторные навыки: самостоятельно садится, сидит с кифозированием спины, стоит, ходит, походка гемипаретическая. игра манипулятивная, можно вовлечь в сюжетную игру по настроению. Навыки самообслуживания: пьет из кружки, просится на горшок не всегда. Стереотипии +. Аутоагрессия (кусает правую руку). Коммуникация непродуктивная. Координатораная неловкость.
ЧН: Голова по средней линии. Лицо симметричное. Глазные щели равные. Зрачки D=S, ФТР + с 2х сторон. альтенирующее расходящееся косоглазие. Движения глазных яблок в полном объеме. Язык по средней линии. Глотание, фонация не нарушены. Миоклонические подергивания в правой руке. Тетрапарез, с акцентом справа. Периостальные и сухожильные р-сы в ногах и руках оживлены, D=S. Р-с Бабинского с 2-х сторон. Менингеальных знаков нет.

15.05.24 15:06 ПРИЕМ ВРАЧА ОФТАЛЬМОЛОГА
С анамнезом ознакомлена.
В мае 2014 года пациент находился в ККДБ с д-зом: ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза тяжелой степени, судорожный синдром. Соп.: ВПР сердца, состояние после оперативного лечения. Отслойка сетчатки OD. Деструкция стекловидного тела OD.
УЗИ глазных яблок 22.10.19 - признаки псевдоколобомы сетчатки справа
МРТ ГМ июнь 2020 г. - вентрикулоасимметрия за счет локальной дилатации левого БЖ. Расширенные периваскулярные пространства, окружены зоной глиоза. локальная деформация правого глаза.

Офтальмолог 19.06.20 - вр. миопия высокой степени правого глаза, анизометропия.
На момент осмотра жалоб нет.
Выраженная светобоязнь.
St.ophthalmicus:
Visus OU предметное зрение.
Угол девиации 0-3°, движения глаз в полном объеме, безболезненны.
Глазные щели OD=OS. Веки не изменены.
Передний отдел OU: Конъюнктива бледно-розовая, отделяемого из конъюнктивальной полости нет. Роговица прозрачная, сферичная, блестящая.
Глазное дно OU: Рефлекс розовый.
Заключение: OU- расходящееся косогазие.
Рекомендовано:
- Осмотр 16.05.2024 в условиях циклоплегии;
- УЗИ глазных яблок.

16.05.24 14:02 ПРИЕМ ВРАЧА ОФТАЛЬМОЛОГА
С анамнезом ознакомлена.
В мае 2014 года пациент находился в ККДБ с д-зом: ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза тяжелой степени, судорожный синдром. Соп.: ВПР сердца, состояние после оперативного лечения. Отслойка сетчатки OD. Деструкция стекловидного тела OD.
УЗИ глазных яблок 22.10.19 - признаки псевдоколобомы сетчатки справа
МРТ ГМ июнь 2020 г. - вентрикулоасимметрия за счет локальной дилатации левого БЖ. Расширенные периваскулярные пространства, окружены зоной глиоза. локальная деформация правого глаза.
Офтальмолог 19.06.20 - вр. миопия высокой степени правого глаза, анизометропия.

На момент осмотра жалоб нет.
Выраженная светобоязнь.
St.ophthalmicus:
Visus OU предметное зрение.
Угол девиации 0-3°, движения глаз в полном объеме, безболезненны.
Глазные щели OD=OS. Веки не изменены.
Передний отдел OU: Конъюнктива бледно-розовая, отделяемого из конъюнктивальной полости нет. Роговица прозрачная, сферичная, блестящая.
Глазное дно OU: ДЗН мелкий, бледнорозовый, с четкими границами. ангиоспазм. На периферии OD с 5 - 7 ч. олокальная отслойка сетчатки? Периферия OS - без патологии.
Заключение: OU- расходящееся косогазие. OD - Деструкция стекловидного тела. Отслойка сетчатки?
Соп.: OU - Миопия высокой степени.

Рекомендовано:
- УЗИ глазных яблок.

17.05.24 16:21 ПРИЕМ ВРАЧА ОФТАЛЬМОЛОГА
С анамнезом ознакомлена.
В мае 2014 года пациент находился в ККДБ с д-зом: ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза тяжелой степени, судорожный синдром. Соп.:
ВПР сердца, состояние после оперативного лечения. Отслойка сетчатки OD. Деструкция стекловидного тела OD.
УЗИ глазных яблок 22.10.19 - признаки псевдоколобомы сетчатки справа.
МРТ ГМ июнь 2020 г. - вентрикулоасимметрия за счет локальной дилатации левого БЖ. Расширенные периваскулярные пространства, окружены
зоной глиоза. локальная деформация правого глаза.
Офтальмолог 19.06.20 - вр. миопия высокой степени правого глаза, анизометропия.

На момент осмотра жалоб нет.

St.ophthalmicus:

Visus OU предметное зрение.
Скиаскопия: OD: M 12,5 D
OS: Hm 0,5 D
Угол девиации 0-3°, движения глаз в полном объеме, безболезненны.

Глазные щели OD=OS. Веки не изменены.
Передний отдел OU: Конъюнктива бледно-розовая, отделяемого из конъюнктивальной полости нет. Роговица прозрачная, сферичная, блестящая.
Глазное дно OU: ДЗН мелкий, бледнорозовый, с четкими границами. ангиоспазм. На периферии OD с 5 - 7 ч. зона депигментации, с четкими границами,не проминирует в стекловидное тело. Периферия OS - без патологии.
УЗИ глазных яблок: OD - глазное яблоко овоидной формы, единичные, плавующие помутнения в стеловидном тебе, определяется экскавация оболочек в заднем полюсе. Сетчатка прилежит.
OS - глазное яблоко шаровидной формы,хрусталик, стекловидное тело акустически прозрачны. Сетчатка прилежит.

Учитывая данные УЗИ глазных яблок,клиническую картину и данные анамнеза нельзя исключить стафилому на фоне миопии высокой степени? псевдоколобому OD?
Заключение: OU- расходящееся косогазие. OD - Миопия высокой степени.
Рекомендовано:
- Наблюдение в динамике офтальмологом по м\ж.

Результаты диагностики
16.05.24 10:03 УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЧЕК РЕЗУЛЬТАТ
ОБЩАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: : удовлетворительная
ПЕЧЕНЬ: Размеры: в пределах возрастной нормы КВР: 118 мм; Контуры: ровные, чёткие; Эхоструктура: мелкозернистая, однородная; Эхогенность: не изменена; Сосудистый рисунок: не обеднен, не деформмирован, воротная вена: 7.7 мм; Очаговые образования: не определяются; Внутрипеченочные желчные протоки: не расширены
ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: лоцируется в типичном месте; Форма: обычная; Размеры: 51*20 мм; Контуры: ровные, чёткие; Стенки: не изменены; Содержимое: гомогенное; Конкременты: не определяются
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: Размеры: в пределах возрастной нормы головка: 16 мм, тело: 10 мм, хвост: 15 мм; Контуры: ровные, чёткие Эхоструктура: мелкозернистая, диффузно однородная; Эхогенность: не изменена; Вирсунгов проток: не лоцируется
СЕЛЕЗЁНКА: : 82*39 Размеры: не увеличены Эхоструктура: не изменена Очаговые образования: не определяются
ПРАВАЯ ПОЧКА: Визуализация: удовлетворительная; Размеры -: в пределах нормы длина/толщина: 82. *34. мм; Контуры: ровные, чёткие; Капсула: не изменена; Паренхима -: 14 мм эхоструктура: не изменена, эхогенность: не изменена; Дифференциация коркового и медуллярного слоя: есть; Дифференциация паренхима - синус: сохранена; Чашечно-лоханочная система -: не расширена; Конкременты: не выявлены; Объёмные образования: не выявлены; Положение: обычное; подвижность: не ограничена; Правый мочеточник: не расширен
ЛЕВАЯ ПОЧКА: Визуализация: удовлетворительная; Размеры -: в пределах нормы длина/толщина: 85. *34. мм; Контуры: ровные, чёткие; Капсула: не изменена; Паренхима -: 14 мм эхоструктура: не изменена, эхогенность: не изменена; Дифференциация коркового и медуллярного слоя: есть; Дифференциация паренхима - синус: сохранена; Чашечно-лоханочная система -: не расширена; Конкременты: не выявлены; Объёмные образования: не выявлены; Положение: обычное; подвижность: не ограничена; Левый мочеточник: не расширен
НАДПОЧЕЧНИКИ: : не лоцируются
ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ :
Внутрибрюшные л/узлы: не лоцируются
Забрюшинные л/узлы: не лоцируются
Асцит: не выявлен.
Мочевой пузырь: заполнен частично

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
Патологические изменения не выявлены.

Ультразвуковой диагностический аппарат Mindray M7, датчики конвексный C5-2s, линейный 7L5s

24.05.24 12:08 МРТ РЕЗУЛЬТАТ
область исследования: головной мозг, цель исследования: диагностика
без контрастирования
Описание исследования : Исследование выполнено в условиях седации. Особенности течения анестезии: в связи с повышенным слизистым отделяемым из носовых ходов и отеком слизистой носа невозможно обеспечить свободную проводимость дыхательных путей для масочного наркоза в условиях кабинета МРТ. Ребенок снят с исследования.

На серии ограниченных МР-томограмм (T2-ВИ, FLAIR, DWI), определяется:
Атрофические изменения вещества больших полушарий головного мозга (D<S) с редукцией белого вещества, более выраженные изменения со стороны левого полушария. Дифференцировка серого/белого вещества сохранена.
Единичные очаги глиоза в глубоком и субкортикальном белом веществе теменно-затылочных областей с двух сторон, размерами до 2-3 мм, без признаков ограничения диффузии - вероятно глиоз сосудистого (дистрофического генеза?). Зоны перивентрикулярного глиоза по ходу стенки левого бокового желудочка и затылочного рога правого бокового желудочка.
Боковые желудочки с четкими неровными контурами, асимметрично расширены (D<S): левый боковой желудочек шириной на уровне переднего

рога до 6,8 мм, на уровне тела расширен до 31 мм. Правый боковой желудочек шириной на уровне переднего рога до 8,3 мм, на уровне тела до 15 мм. Затылочные рога углублены с двух сторон. III желудочек до 5 мм в поперечнике. IV желудочек симметричный, проходим.
При выполнении МР-диффузии (b-1000) зон понижения коэффициента диффузии, свидетельствующих об остром нарушении мозгового кровообращения, не выявлено.
Участки отложения гемосидерина по ходу намета мозжечка.
Срединные структуры головного мозга четко дифференцируются, не смещены. Таламус слева деформирован с признаками уменьшения объема.
Также отмечается асимметричное уменьшение объема структур базальных ядер и слева и левой половины структур ствола мозга.
На серии ограниченных МР-программ, отмечается уменьшение объема гиппокампа слева и диффузное повышение МР-сигнала на Flair; истончение и деформация форниксов с двух сторон - что может соответствовать мезиотемпоральному склерозу.
Субарахноидальные пространства неравномерно расширены, преимущественно слева: в лобно-теменных областях справа до 2-3 мм, слева до 4-5 мм, в височных областях справа до 4 мм, слева до 9 мм. Борозды углублены, расширены (D<S). Сильвиевы щели асимметрично расширены с двух сторон (D<S).
Червь и полушария мозжечка сформированы правильно. Полушария мозжечка расположены чуть выше уровня большого затылочного отверстия.
Обращает на себя внимание асимметрия положения глазных яблок в орбите. Деформация правого глазного яблока с угловой деформацией зрительного нерва. Жидкость (до 1,1 мм) по ходу субарахноидальных пространств интраорбитальной части зрительных нервов с двух сторон.
Отмечается пристеночный отек слизистой оболочки основной пазухи, лобной пазухи, ячеек решетчатой кости и верхнечелюстных пазух с двух сторон. Жидкостное содержимое в просвете околоносовых пазух не определяется.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
Исследование выполнено в условиях седации. Особенности течения анестезии: в связи с повышенным слизистым отделяемым из носовых ходов и отеком слизистой носа невозможно обеспечить свободную проводимость дыхательных путей для масочного наркоза в условиях кабинета МРТ. Ребенок снят с исследования. МР-картина асимметричных (D<S) атрофических изменений вещества больших полушарий головного мозга с преимущественной редукцией белого вещества левого полушария; атрофические изменения базальных ядер и структур ствола слева. Единичные очаги глиоза белого вещества теменно-затылочных областей и перивентрикулярные глиозные изменения с двух сторон. Асимметричная дилатация боковых желудочков (D<S) и III желудочка головного мозга. МР-картина уменьшения объема и диффузного повышения МР-сигнала от гиппокампа слева - изменения могут соответствовать мезиотемпоральному склерозу. Деформация глазного яблока и зрительного нерва справа. Минимальные МР-признаки пансинусита.

30.05.24 11:30 МРТ РЕЗУЛЬТАТ
область исследования: головной мозг, цель исследования: диагностика
без контрастирования
Описание исследования : Дополнение МР-протокола от 24.05.2024 в/в контрастированием (магневист 5мл) и DTI.
Участков патологического накопления КВ интракраниально и по оболочкам не выявлено. Асимметрия поперченых и сигмовидных синусов (D<S). Со стороны стурктур головного мозга без динамики. Более выраженное заполнение патологическим жидкостным содержимым ППН.

При выполнении МР-трактографии определяется обеднение количества ассоциативных и проекционных волокон левой гемисферы большого мозга, смещение комиссуральных волокон слева направо.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
Участков патологического накопления КВ не выявлено. Патологическое содержимое в ППН. При DTI обеднение волокон левой гемисферы большого мозга по сравнению с контрлатеральной стороной.

15.05.24 12:37 ЭЭГ РЕЗУЛЬТАТ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Дата/время начала ЭЭГ: 14.05.24 12:37; Дата/время окончания ЭЭГ: 14.05.24 12:38; продолжительность ЭЭГ: 1 час; Подозрение на патологию: Да; Запись проводилась в стандартных условиях в состоянии спокойного бодрствования с открытыми глазами по схеме наложения электродов «10 – 20», с 19 монополярными референциальными отведениями с независимым референтом (+ ремонтаж).
В фоновой записи доминирует тета ритм частотой 6-7 Гц, амплитудой до 60 мкВ, диффузно. Зональные различия сглажены. Асимметрия не выявлена.
Субдоминирует тета ритм частотой 4-5 Гц, индексом до 20% и бета ритм индексом до 20 %, представлен диффузно
В левой височно-центрально-теменной области регистрируется эпилептиформная активность в виде комплексов «бифазная острая-медленная волна» амплитудой до 180 мкВ. Так же регистрируются бифазные острые волны амплитудой до 100 мкВ в правой височной области.
Клинические проявления: иктальных событий не зарегистрировано.
Реакция активации не отчетливая.
При проведении ритмической фотостимуляции: реакции усвоения ритма не отмечалось. Фотопароксизмальный ответ не зарегистрирован. Без нарастания эпи-активности-регистрировалась как на подачу стимулов, так и между ними.
Заключение: Умеренные диффузные изменения фонового ритма.
Очаговые изменения не выявлены.
Региональная эпилептиформная активность в левой височно-центрально-теменной и правой височной областях, умеренным индексом (до 50% записи).
Иктальных событий не зарегистрировано.

14.05.24 15:37 ЭКГ РЕЗУЛЬТАТ
RR : 0.72 сек; **ЧСС** : 83.3333333333333333 уд. в мин.; **P** : 80 мсек; **PQ** : 140 мсек; **QRS** : 70 мсек; **QT** : 350 мсек; QTc: 412.478955692152807; **L** : +92 гр.; **Положение электрической оси сердца** : отклонение вправо; **Электрическая позиция** : вертикальная
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Ритм: синусовый с ЧСС: 83 уд. в мин.
Подозрение на патологию: Нет

17.05.24 13:45 КОНСУЛЬТАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА
Возраст, мес: 121
Постскоррегированный возраст (ПСВ): 121 мес
Особенности анамнеза: с анамнезом ознакомлен: Оценка психического развития
Наблюдение: :
Ребенок вступает в контакт постепенно. Выполняет только простые инструкции. В деятельность включается после стимуляции. Подражает только простым действиям. Повторить двигательную программу не способен. Продуктивность вниманя снижена, быстро переключается, истощается, отказывается от деятельности. Эмоции мало выражены. Лицо амимично. Стереотипии, аутостимуляции (грызет руку).
Тазовые функции контролирует с помощью взрослого (просится в туалет, необходимо отвести). Ест сам ложкой с помощью, пьет из чашки. Одевается и раздевается с помощью. Знает свои имя и фамилию, имена родителей. На вопрос о возрасте отвечает с подсказкой. Называет реальные изображения всех предложенных предметов. Доступен счет до 10 в прямом порядке. Различает геометрические фигуры, цвета. Знает буквы, цифры. Игра сюжетная, играет с машинками и животными. Знает основные части лица и тела. Право и лево путает. Речь: отдельные слова, простые фразы. Нарушения произношения. В речи использует обращение. О себе говорит во втором лице. Функции мышления выражено снижены.

Заключение: : Выявленные особенности психической деятельности ребенка позволяют говорить об выраженной задержке психического развития, задержке развития импрессивной и экспрессивной речи, нарушении коммуникации.
Даны рекомендации по психосенсорному развитию

13.05.24 19:26 / Экспресс Общий (клинический) анализ крови на приборе «Mindray BC-6200», лаборатория ОСМП

Экспресс Общий (клинический) анализ крови на приборе «Mindray BC-6200», лаборатория ОСМП

HGB Гемоглобин	125.0
RBC Эритроциты	4.79
HCT Гематокрит	**39.0** >
MCV Средний объем эритроцитов	81.5
MCH Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците	26.2
MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	321.0
MicroR Процентное содержание микроцитов	**9.0** >
MacroR Процентное содержание макроцитов	2.0
RDW-SD Станд. отклонение ширины распр. эритроцитов	44.4
RDW-CV Коэф. вариации ширины распредел. эритроцитов	**14.9** >
PLT Тромбоциты	219
PLT-I Содержание тромбоцитов - импедансный метод	219
PCT Тромбокрит	
MPV Средний объем тромбоцитов	0.22
PDW Ширина распределения тромбоцитов по объему	10.0
P-LCR Коэфициент больших тромбоцитов	**15.8** >
WBC Лейкоциты	24.6
Нейтрофилы	5.57
Нейтрофилы # (анализатор)	49.7
Лимфоциты	2.77
Лимфоциты # (анализатор)	**42.1** >
Моноциты	2.34
Моноциты # (анализатор)	7.3
Эозинофилы	0.41
Эозинофилы # (анализатор)	**0.7** <
Базофилы	**0.04** <
Базофилы # (анализатор)	0.2
IG Незрелые гранулоциты %	0.01
IG Незрелые гранулоциты	0.0
NRBC Ядросодержащие эритроциты %	0.00
NRBC Ядросодержащие эритроциты/ нормоциты	0.0
Подсчет лейкоформулы на	0.00
Нейтрофилы сегментоядерные	100
Нейтрофилы сегментоядерные#	51.0
Моноциты	2.84
Моноциты#	8.0
Лимфоциты	0.45
Лимфоциты#	**41.0** >
	2.28

14.05.24 11:16 / Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови

АСТ	35.0

14.05.24 11:16 / Исследование уровня общего белка в крови

Общий белок	62.30

14.05.24 11:16 / Исследование уровня мочевины в крови

Мочевина	4.53

14.05.24 11:16 / Исследование уровня креатинина в крови

Креатинин	0.059

14.05.24 11:16 / Исследование уровня глюкозы в крови

Глюкоза	4.86

14.05.24 11:16 / Определение активности аланинаминотрансферазы в крови

АЛТ	**40.0** >

14.05.24 11:17 / Ионограмма (K, Ca ионизированный, Na) на приборе AVL 9180

Ионограмма (K, Ca ионизированный, Na) на приборе AVL 9180

Калий	4.10
Натрий	141
Кальций ионизированный	1.23

За время наблюдение судорожные приступы не повторялись. Проведен консилиум в составе нейрохирургов, неврологов, нейрофизиологов, с целью решения вопроса о дальнейшей тактики ведения пациента, решения вопроса о необходимости оперативного лечения пациента. По результатам которого необходимо дополнительное обследование - проведение ЭЭГ ВМ с фиксацией судорожного эпизода, для определения инициации очага эпилептиформной активности, введение в терапию препарата этосуксимида для коррекции SWAS феномена. В дальнейшем ребенок нуждается в наблюдении невролога, нейрохирурга для решения вопроса об уточнении возможности рационального хирургического этапа лечения. Диагноз выставлен на основании анамнеза, жалоб, данных лабораторно-инструментальных методов обследования. Выписывается в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение по м\ж. Карантина на отделении нет.

Оказана помощь

АЭТ: Топирамат по 125 мг х 2 р\д (9 мг\кг\сут).

Рекомендации при выписке :
Явка в поликлинику по м\ж 31.05.24.
Наблюдение педиатра, невролога по м\ж.
Соблюдение режима дня и отдыха

Ночной сон не менее 7-8 часов
Ограничить зрительные нагрузки
Исключить эпизоды ритмической фотостимуляции (стробоскоп, видеоигры)
Исключить эпизоды депривации
Видеофиксация приступа.
При возникновении повторный приступов - вызов СМП, госпитализация в специализированный стационар города.
При возникновении судорожного приступа - не трясти, обеспечить безопасность, положить ребенка на бок, можно расстегнуть рубашку, не толпиться вокруг, вызвать СМП, засечь время приступа. Не суйте посторонние предметы в ротовую полость, не пытаться дать лекарства, жидкости, не пытаться сдерживать приступ.
Рекомендованно проведение ЭЭГ ВМ длительного (суточного) для фиксации иктального события (для уточнения возможности рационального хирургического этапа лечения).

Ежедневно, длительно:
Топирамат по 125 мг 2 раза в сутки (9 мг/кг/сут) - длительно
Введение в терапию - этосуксимид (эпилекссид) в дозе 5 мг\кг\сут с постепенным увеличением. В течении 5 дней - 65 мг (1,3 мл) х 2 р\д, при удовлевторительной переносимости по 130 мг (2,6 мл) х 2 р\д - 5 дней, далее по 200 мг (4 мл) х 2 р\д (15 мг\кг\сут) - длительно

Контроль:
Контроль КАК (Tr, Leu) 1 раз в 3 месяца
Контроль Б\х крови (АЛТ, АСТ) 1 раз в 3 месяца
Контроль ЭЭГ ВМ через 3 месяц
Контроль УЗИ ОБП 1 раз в 6 месяцев
Контроль ЭКГ через 3 месяца

Поведенческая терапия (АВА терапия).
Исключить ноотропную терапию.
Занятия с логопедом, нейропсихологом, психологом.
Регулярные куры восстановительного лечения (минимум 4 раза в год)
Диспорттерапия не реже 1 раза в год

Для ознакомления:
Фонд антон тут рядом
Фонд Выход
Заведующий отделением: Рубин А.Н. _____

Врач-невролог: Королева В. Д. _____

ГБУЗ «КАМЧАТСКАЯ КРАЕВАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА»
683024, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Орджоникидзе, д. 7

ЗАКЛЮЧЕНИЕ НЕВРОЛОГА

Дата: **29.08.2024**
ФИО: **Швалёв Денис Анатольевич**
Дата рождения: **21.03.2014** Возраст: **10лет 5мес. 8дней**

Находился на обследовании в консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ "Камчатская краевая детская больница" с 29.08.2024
Диагноз: : **G40.1**
G40.1 Структурная фокальная эпилепсия, приступный период. Вероятно, имеет место трансформация в энцефалопатию развития и эпилептическую со спайк-волновой активацией во сне (ЭРЭ-СВАС).
G80.8 Детский церебральный паралич, правосторонний гемипарез.GMFCS II.MACS III. Задержка психо-речевого развития. Вальгусная деформация правой стопы(оперативное лечение от 28.04.22
Рекомендовано :
-наблюдение педиатра, невролога по месту жительства.
-Дневник и видео-запись приступов.
-клинический анализ крови 1 раз в 3 мес.
-биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин,мочевина, креатинин не реже 1 раза в 3 мес.
-УЗИ ОБП, почек - контроль 1 раз в год.
-видео ЭЭГ мониторинг 8 часов - контроль через 6 мес.

-Топирамат (Топамакс)125мг: по 125мг утром и 125мг вечером (расчетная доза 9,6 мг)- длительно. Замене не подлежит. Назначен по жизненным показаниям, учитывая фармакорезистентное течение заболевания.
- Этосуксемид(Эпилексид) 50мг/мл: 1,5мл 2 раза в день (расчетная доза 5,7мг/кг/сутки)- 7дней,затем по 2,6мл 2 раза в день (расчетная доза 10мг/кг/сутки)- длительно.
- получить буккальный Мидазолам с целью оказания экстренной помощи в домашних условиях. Вводить по 7,5мг при длительности приступа более 3 минут..
-рекомендована консультация Главного внештатного детского невролога с целью определения дальнейшей тактики ведения, записан на 4.09.24г. в 14:00

Врач: Пунина Е. А.