

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ПОДРОСТКОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Снегова Е.В., Леденцова Д.В., Соснина И.Б.

Консультативно-диагностический центр для детей, Санкт-Петербург

По литературным данным при фокальной форме эпилепсии эпилептические приступы обусловлены ограниченной и чётко локализованной зоной повышенной пароксизмальной активности головного мозга, клиника которых зависит от расположения эпилептогенного очага. Фокальная эпилепсия составляет около 82% от всех эпилептических синдромов. В 75% случаев она дебютирует в детском возрасте. Диагностируется фокальная эпилепсия по клиническим данным, результатам ЭЭГ и МРТ головного мозга. Зачастую носит вторичный характер, одной из причин которой может являться фокальная корковая дисплазия. В терапии используются противоэпилептические препараты, по показаниям возможно хирургическое удаление зоны эпилептической активности. Потребность в новых противоэпилептических препаратах сохраняется до сих пор, поскольку клиническая эффективность, переносимость, токсичность или фармакокинетические свойства существующих препаратов не могут считаться удовлетворительными. Лакосамид селективно усиливает инактивацию вольтаж-зависимых натриевых каналов, стабилизируя гипервозбудимые оболочки нейронов, зарегистрирован в качестве терапии для лечения парциальных эпилептических припадков с наличием или отсутствием вторичной генерализации у пациентов с эпилепсией в возрасте 16 лет и старше.

СПб ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр для детей» обратился юноша 2001 г.р (17 лет) с жалобами на повторные вторичногенерализованные судорожные приступы с постприступной амнезией. Из анамнеза болезни известно, что с января 2018 отмечалось около 12 приступов, сначала только во время ночного сна, затем во время дневного сна и во время бодрствования. Приступы возникали ночью при засыпании, при пробуждении утром – потеря сознания, стон, хрип, напряжение конечностей, внутренней ротацией правой руки, с последующими генерализованными клоническими подергиваниями в течение 2-3 минут, затем длительный постприступный сон и

Тезисы

амнезия, без мочеиспускания. Анамнез жизни: мальчик от вторых срочных родов, вес при рождении 3650, рост 51. При рождении отмечалась гипербилирубинемия в течение 2 месяцев, для купирования которой проводилась фототерапия. В дальнейшем рос и развивался по возрасту. В настоящее время мальчик учится в школе Ж. Алферова, победитель олимпиад по физике и математике. Пациент неоднократно госпитализировался в стационары города. При осмотре очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Проведено МРТ головного мозга – в переднем бедре левой внутренней капсулы позади головки правого хвостатого ядра расположена группа щелевидных кист, на уровне полюса лобного рога левого бокового желудочка небольшие очаги глиоза длиной до 18×8×16 мм (фокальная корковая дисплазия левой лобной доли). ПЭТ КТ головного мозга 07.08.2018 – умеренное симметричное снижение метаболизма глюкозы (18F-ФДГ) в медиальных отделах височных долей. При проведении рутинных ЭЭГ-исследований патологии не выявлено. На ВидеоЭЭГ мониторинге дневного сна регистрируются умеренные диффузные изменения БЭА, региональные изменения по лобным областям больше слева в виде редуцированных комплексов “О-МВ”, диффузных вспышек заостренных тета-волн, которые принимают более выраженный эпилептиформный характер в виде комп-лексов “О- МВ”, острых волн с тенденцией к диффузному распространению во вторую стадию сна. Клинически сон спокойный. Пациенту проводилась терапия Вальпроатами с ремиссией по приступам в 1 месяц, Леветирацетамом (Кеппра) с ремиссией в 3 месяца, при переводе на дженерик отмечался срыв ремиссии, что явилось причиной возврата на терапию оригинальным препаратом. Однако, с началом учебы в школе, после каникул, на фоне депривации сна вновь возник судорожный приступ. В связи с этим, к терапии был добавлен Лакосамид (Вимпат). В настоящее время отмечается ремиссия по приступам более 3 месяцев, переносимость препарата хорошая. На контрольном видеоЭЭГ-мониторинге патологической пароксизмальной активности не выявлено. Диагноз пациента по новой классификации: Структурная эпилепсия с приступами по типу билатеральных тонико-клонических с фокальным моторным дебютом и утратой сознания. Фокальная корковая дисплазия левой лобной доли.

Данный пример показывает эффективность и хорошую переносимость современных оригинальных про-тивоэпилептических препаратов при лечении фокальной эпилепсии у подростков.