



ООО «Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки»

Юридический адрес: РФ, 108807, г. Москва, р-н Троицк, д.Пучково, ул.Весенняя, д.16
Фактический адрес: РФ, 108842, г.Москва, г.Троицк, ул. Нагорная, д.5/д.8

ЛИЦЕНЗИЯ ЛО41-01137-77/00316452 от 26 сентября 2017г.
ОГРН 1105030002142 ИНН 5030070639 КПП 775101001

WWW.EPILEPTOLOGIST.RU

тел. +7-968-396-32-01

ВАЖНО!!! ПРОЧИТАЙТЕ!!!

Перед посещением врача рекомендовано забрать распечатку мониторинга и заключения, так как для большинства специалистов это является стандартной формой просмотра результатов исследования. Срок хранения (распечатанного мониторинга) 3 месяца.

Ссылка на скачивание исследования:

https://eegresult_icne.hb.ru-msk.vkcloud-storage.ru/%D0%98%D1%8E%D0%BD%D1%8C%202026/18.06.26/%D0%91%D0%B0%D1%88%D0%BB%D0%B0%D0%B5%D0%B2%20%D0%9C.%D0%90.%2C%2018-19.06.26.7z

Из-за большого объема данных, перед консультацией рекомендуем скачать и разархивировать данные на компьютер или флешку. Программа работает на операционной системе Windows. Скаченный архив следует распаковывать архиватором 7zip

<https://www.7-zip.org/>

Ссылка активна в течение 1 месяца. Важную информацию можно найти на нашем сайте <https://epiclinic.ru/> и в чате пациентов https://t.me/patients_SvtLuki

Распечатка мониторинга и заключение, заверенное печатью и подписью, хранится в течение 3 месяцев в регистратуре (согласно Вашему запросу, при проведении ЭЭГ) ИДНЭ им. Свт. Луки г.Троицк, ул Нагорная, д.5, тел.8(968)396-32-01, либо в регистратуре ИДВНЭ им. Свт. Луки г.Москва, ул.Академика Анохина, д.9., ежедневно с 9-00 до 20-00. тел 8(495)181-31-01.

Отделение видео-ЭЭГ мониторинга

Ночной видео-ЭЭГ мониторинг

Дата исследования: 18-19.06.2026 г.

Башлаев Матвей Андреевич, 29.09.2019 г.р. (6 лет)

Сотрудник, проводивший исследование: Валетдинов Р.Р.

На момент исследования пациент антиэпилептические препараты не получает.

Описание:

Мониторинг проводился в состоянии активного и пассивного бодрствования, с проведением функциональных проб, по ходу ночного сна и утреннего бодрствования.

Запись ЭЭГ-бодрствования проводилась преимущественно в условиях активного бодрствования с открытыми глазами, сопровождалось двигательной активностью, что создавало на ЭЭГ многочисленные двигательные артефакты, физиологические ритмы оценивались на отдельных эпохах записи, свободных от артефактов.

При этом в задних отведениях, преимущественно в затылочных областях, регистрируется ритм частотой 8-9,5 Гц, амплитудой до 120 мкВ, нередко дезорганизован бета-, тета-волнами. Реакция активации выражена.

По ходу активного бодрствования с открытыми глазами, особенно во время саккадированных движений глаз, в затылочных отделах регистрируются билатерально-синхронные заостренные волны тета-диапазона, амплитудой до 60 мкВ – т.н. лямбда-волны – вариант нормы.

Бета-колебания широко диффузно представлены на ЭЭГ с преобладанием в передних отделах, нередко с экзальтацией, амплитудой до 40 мкВ, создавая картину чрезмерного убыстрения ритмов.

В лобно-центральных отделах регистрируется аркообразный, сенсомоторный мю-ритм, амплитудой до 70 мкВ, частотой в среднем 8-9 Гц.

Медленные формы активности представлены широко, диффузно колебаниями тета-диапазона, преимущественно не превышающими основную активность.

Адекватную гипервентиляционную нагрузку провести не удалось.

При ритмической фотостимуляции частотами от 1 до 27 Гц реакции следования ритму не отмечается.

В состоянии бодрствования регистрируется эпилептиформная активность, индексом ниже среднего, в виде спайков, комплексов пик-, даблпик-волна, острая-медленная волна, представленная:

- в лобно-центрально-височных областях билатерально-асинхронно, реже — справа и слева независимо, периодически со склонностью к диффузному распространению, амплитудой до 450 мкВ,
- в виде коротких диффузных билатерально-асинхронных разрядов, с максимумом по амплитуде в передних отделах, амплитудой до 750 мкВ. Вышеописанные разряды протекали без видимых клинических проявлений.

ЭЭГ сна:

После укладывания в постель отмечено уплощение основного ритма с последующей его фрагментацией и редуцированием (I стадия сна) с последующим нарастанием

представленности медленных форм и появлением фронто-центральных всплесков медленных потенциалов – переход к II стадии сна.

Стадия сна средней глубины (стадия II) характеризовалась преобладанием невысокоамплитудной тета-активности с появлением на этом фоне фронто-центрально - и вертекс-акцентуированных медленных потенциалов и полифазных комплексов (К-комплексы), амплитудой до 600 мкВ, а также 12-14 Гц «веретенами сна», диффузными, с преобладанием во фронто-центральных отделах, амплитудой, как правило, до 70 мкВ.

Во сне зарегистрированы заостренные потенциалы, напоминающие комплексы острая-медленная волна в лобно-центральных отделах с амплитудным преобладанием по вертексным отведениям. С учетом морфологических и локализационных особенностей, данные паттерны можно рассматривать в рамках физиологических транзитов сна, т.н. «вертекс-потенциалы».

По ходу сна в затылочных областях регистрируются дифазные заостренные волны тета-диапазона амплитудой до 70 мкВ – физиологические паттерны сна – Positive Occipital Sharp Transients sleep (POSTs).

По мере нарастания представленности дельта-колебаний наступает III стадия сна.

В дальнейшем в ходе сна преобладают I-II стадии сна.

Во сне регистрируется эпилептиформная активность, индексом ниже среднего, в виде спайков, комплексов пик-, даблпик-волна, острая-медленная волна, представленная:

- в лобно-центрально-височных областях билатерально-асинхронно, реже — справа и слева независимо, периодически со склонностью к диффузному распространению, амплитудой до 400 мкВ,

- в виде коротких диффузных билатерально-асинхронных разрядов, с максимумом по амплитуде в передних отделах, амплитудой до 750 мкВ.

Индекс представленности эпилептиформной активности во сне в целом не превышает 2-3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

При проведении ночного видео-ЭЭГ мониторингирования выявляется:

Основная активность в пределах возрастной нормы, дизритмична, нередко с эпизодами чрезмерного убыстрения ритмики.

Сон сформирован по стадиям и фазам, физиологические паттерны сна выражены.

В состоянии бодрствования регистрируется эпилептиформная активность, индексом ниже среднего, в виде спайков, комплексов пик-, даблпик-волна, острая-медленная волна, представленная:

- в лобно-центрально-височных областях билатерально-асинхронно, реже — справа и слева независимо, периодически со склонностью к диффузному распространению, амплитудой до 450 мкВ,

- в виде коротких диффузных билатерально-асинхронных разрядов, с максимумом по амплитуде в передних отделах, амплитудой до 750 мкВ. Вышеописанные разряды протекали без видимых клинических проявлений.

Во сне регистрируется эпилептиформная активность, индексом ниже среднего, в виде спайков, комплексов пик-, даблпик-волна, острая-медленная волна, представленная:

- в лобно-центрально-височных областях билатерально-асинхронно, реже — справа и слева независимо, периодически со склонностью к диффузному распространению, амплитудой до 400 мкВ,

- в виде коротких диффузных билатерально-асинхронных разрядов, с максимумом по амплитуде в передних отделах, амплитудой до 750 мкВ.

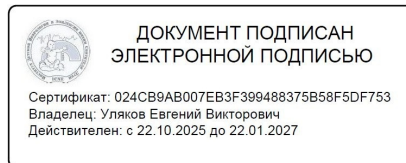
Индекс представленности эпилептиформной активности во сне в целом не превышает 2-3%.

Видимых эпилептических приступов не зарегистрировано.

Данное заключение не является диагнозом!

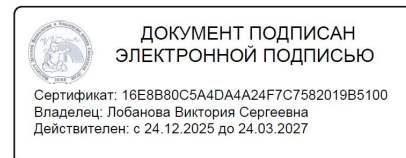
Диагноз устанавливается лечащим или консультирующим врачом!

Заместитель заведующего
отделением:



Уляков Е.В.

Заведующая отделением:



Лобанова В.С.