

Лікувально-діагностичний центр неврології та епілептології «Епі.NET»
м. Біла Церква, вул. Турчанінова, 8
тел. +38(063)262-23-21; +38(066)544-14-35; +38(097)851-20-81
м. Чернівці, вул. О.Гончара, 36-а
тел. +38(050)559-59-32; +38(096)684-58-85
e-mail: epinetclinic@gmail.com

КОНСУЛЬТАТИВНИЙ ВИСНОВОК

Дата консультації: 16.08.2022 р

Пацієнт: **КРЮЧКО НІКА СТАНІСЛАВІВНА, 04.05.2016 р.н. (6 років 3 міс).**

Зріст 112 см, вага 17,7 кг, ОГ 48,3 см.

Адреса проживання: Україна, Полтавська обл., смт. Котельва, вул. Спичака, буд. 40.

Клінічний діагноз: Наслідки гіпоксично-ішемічного пошкодження ЦНС в перинатальний період. Структурна епілепсія з патерном CSWS на ЕЕГ, епілептична енцефалопатія.

ДЦП, центральній нижній парапарез, рівень рухових порушень по GMFCS I. Затримка психомовленнєвого розвитку.

Гіперметропія. Хронічний пієлонефрит, стадія ремісії, без порушення функції нирок. Гіпоплазія правої нирки.

Скарги на момент звернення:

- наявність нападів;
- затримка мовленнєвого розвитку;
- затримка рухового розвитку в анамнезі;
- періодично підвищена слинотеча.

Анамнез хвороби: фебрильних судом, зі слів мами, не було.

Дівчинка доношена, при народженні не закричала, не дихала. Оцінка по шкалі Апгар 1/3 бали. Переведена до ВРІТ, далі у ВІВРН, на стаціонарному лікуванні знаходилась з 04.05 по 10.06.2016 р. Діагноз: «Ішемія мозку тяжкого ступеня внаслідок перенесеної тяжкої асфіксії новонародженого. Тотальна лейкомаляція. Вентрикулодилатація I ст. Внутрішньоутробне інфікування неуточної етіології. Вторинна кардіоміопатія. МАРС. ДТЛШ. СН0. Пієлоектазія зліва. Кіста лівої нирки?. Ангіопатія сітківки обох очей в анамнезі. Кандидоз кишківника в анамнезі. Синдром холестазу в анамнезі». Лікування: ШВЛ (14 діб), киснева терапія (4 доби), антибіотикотерапія (цефтріаксон, ампіцилін, ванкоміцин), дофамін, адреналін, ер. маса, СЗП, **фенобарбітал** (з 04.05 по 22.05.2016 р), Кваніл.

Зі слів мами, в руховому розвитку до 6 міс дівчинка розвивалась згідно віку, після 6 міс із затримкою. До 2-х років в психомовленнєвому розвитку розвивалась згідно віку, після 2-х років дитина перестала говорити окремі слова.

Після 2-х років під час ходьби рідко у дитини мама відмічала епізоди у вигляді запрокидування ручки за голову. До 3-х років періодично проводили рутинне ЕЕГ-обстеження, зі слів мами, епі-активності не виявлено. Згідно рекомендацій приймали ноотропні та стимулюючі препарати. В 3 роки під час повторного проведення рутинного ЕЕГ-обстеження була виявлена епі-активність. АЕП не призначені, дівчинка приймала Когнум (побічний ефект — психомоторна збудливість).

12.05.2021 р (в 5 років) вперше розвився напад уві сні. Кінематика нападу: свідомість не порушена, відмічалось напруження та посмикування правих кінцівок, перекося обличчя вправо, горизонтальні ністагмоподібні посмикування правого ока. Тривалість нападу 15–20 хвилин. Купований введенням Сібазону. Дівчинка була госпіталізована в неврологічне відділення ДОЛ (м. Полтава). Перед приступом дівчинка була занадто психоемоційно збудженою, надалі мама відмітила тенденцію, що за 1–2 дні до нападу у дитина з'являвся висип на животику, у вигляді мілких рожевих

плям, сухість шкіри. В грудні 2021 року після курсу лікування Біовеном Моно висипів більше не відмічали.

На стаціонарному лікуванні пацієнтка знаходилась з 12.05 по 19.05.2022 р, діагноз: «ДЦП, спастична диплегія, рівень рухових порушень по GMFCS II. Епісіндром. Когнітивна недостатність. Загальний недорозвиток мови. Гіперметропія. Хронічний пієлонефрит, стадія ремісії, без порушення функції нирок. Гіпоплазія правої нирки. Інфікування герпесом 6 типу». Призначений Депакін сироп (57,64 мг/мл) в терапевтичній дозі по 1,5 мл х 3 р/добу, добова доза 4,5 мл (побічний ефект — схильність до закріпів). Супутньо приймала Когнум (побічні ефекти: психоемоційна збудливість, труднощі із засинанням).

Через 1 міс напад повторився уві сні, відмічалось напруження і посмикування лівих кінцівок, перекося обличчя вліво, горизонтальні ністагмоподібні посмикування лівого ока. Тривалість нападу до 2-х хвилин. Збільшили дозування Депакіну до: 1,5–1,5–2,0 мл, добова доза 5 мл.

09.06.2021 року дитина була консультована інфекціоністом, діагноз: «Персистуюча герпесвірусна інфекція, обумовлена вірусом герпесу 6 типу, стадія реплікації вірусу». По рекомендаціям пацієнтка приймала Новірин, в вересні 2021 року приймала Протефлазід.

Третій напад виник в серпні 2021 року (через 2 міс після попереднього), свідомість була не порушена, відмічалось напруження та посмикування правих кінцівок, перекося обличчя вправо, горизонтальні ністагмоподібні посмикування правого ока. Тривалість нападу до 1–1,5 хвилини. Корекцію АЕП не проводили. Через 2 тижні виник четвертий напад. Збільшили дозування Депакіну до 2 мл х 3 р/добу, добова доза 6 мл (21,6 мг/кг/добу).

Через 1 міс напад повторився. Збільшили дозування Депакіну до: 2–2,5–2,5 мл, добова доза 7 мл, 26 мг/кг/добу. Через 1 міс повторний напад. Корекцію АЕТ не проводили.

В грудні 2021 року розвився напад під час денного сну тривалістю 2–3 хвилини. Купувався самостійно. Через 10–15 хвилин виник повторний напад, мама відразу ввела діазепам ректально 7 мг, приступ купувався. Збільшили дозування Депакіну до: 3,5–3,5–4 мл, добова доза 11 мл (37 мг/кг/добу), супутньо приймала Бетаргін. Після збільшення дозування виникала агресія, висип на животі у вигляді червоними плям, пройшла після прийому Блісу.

Через 2 міс (в лютому 2022 року) напад повторився. Корекцію лікування не проводили. Через 3 тижні був повторний приступ, по рекомендаціям невролога, ввели Ламотрін в терапевтичній дозі по 25 мг х 2 р/добу, добова доза 50 мг (побічних ефектів не було), зменшили дозування Депакіну до 3,5 х 3 р/добу, добова 10,5 мл. Надалі після введення Ламотрину в дозі 50 мг на добу, почали відміняти Депакін. На дозуванні Депакіну по 2 мл х 3 р/добу, добова доза 6 мл у дитини відмічались напади на протязі 2-х діб: 1-й день — посмикування нижньої губи справа, тривалість до 30 сек; 2-й день — посмикування кута рота справа тривалістю до 30 сек (наданий фрагмент відео). Цього ж дня розвився другий напад у вигляді ністагмоподібного посмикування правого ока, посмикування м'язів ротика справа, тривалість нападу до 1 хвилини. Збільшили дозування Ламотрину до 50 мг х 2 р/добу, добова доза 100 мг; збільшили дозування Депакіну до: 140–140–170 мг, добова доза 450 мг. Після корекції лікування відмічався однократний напад у вигляді ністагмоподібного посмикування правого ока, посмикування м'язів ротика справа, тривалістю до 30 секунд.

15 травня мама замінила Ламотрін на ламотриджин по 50 мг х 2 р/добу, добова доза 100 мг; продовжили приймати Депакін 450 мг на добу. З того часу видимих нападів не було.

У зв'язку з необхідністю дообстеження, звернулися на консультацію в ЛДЦ неврології та епілептології «ЕПІ.NET».

Результати додаткових досліджень:

ЗАК 02.06.2022 р: с/я нейтрофіли — 40,1% (N 47–72), лімфоцити — 48,1% (N 20–40), інші показники в межах референтних значень.

БАК 02.06.2022 р: креатинін — 99,06 мкмоль/л (N 44–80), сечовина — 6,71 ммоль/л (N 1,6–6,4), АЛТ, АСТ, білірубін загальний, білірубін прямий, білірубін непрямий, білок загальний, холестерин, глюкоза — показники в межах референтних значень.

Вальпроєва кислота 02.06.2022 р: 67,6 мкг/мл (терапевтичний діапазон 60–100).

ПЦР (кров) 26.06.2021 р, 05.08.2021 р, 28.08.2021 р, 18.12.2021 р: вірус герпесу 6 типу (Lg), вірус герпесу 6 типу (копії) — показник за межами референтних значень.

Гормони щитовидної залози 18.12.2021 р: ТТГ — показник в межах референтних значень.

УЗД серця 13.05.2021 р: Даних за вроджену ваду серця не виявлено.

УЗД ОЧП та позачеревного простору 15.03.2022 р: структурних змін не виявлено.

МРТ головного мозку, 1,5Т, 28.02.2017 р (МЦ «Медіон», м. Полтава, лік. Пилипенко Н.С., диск неясний): МР-ознаки дисметаболических змін головного мозку внаслідок перенесеного гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС; обширні зони кістозно-гліозної енцефаломалії в лобно-скронево-тім'яній області; змішана відкрита гідроцефалія, гіпоплазія і гліозні зміни мозолистого тіла.

Консультації суміжних спеціалістів:

Консультація офтальмолога 13.05.2021 р: Гіперметропія.

Анамнез життя:

Акушерський анамнез: пацієнтка від I вагітності, I пологів. Вагітність перебігала без ускладнень. Пологи на 40 тиж, природнім шляхом, ускладненні вторинною пологовою слабкістю (стимульовані амніотомією, введенням окситоцину), двократним тугим обвиттям пуповини навколо шиї (зі слів мами, відмічалось вкорочення пуповини до 40 см). При народженні дівчинка не закричала, дихання було відсутнім. Оцінка по шкалі Апгар 1/3 бали. Вага при народженні 3500 г. Довжина тіла 52 см. ОГ 36 см. ОГК 34 см. Група крові та резус фактор мами і дитини B (III), Rh+.

Дівчинка вакцинована частково.

Розвиток дитини: руховий розвиток: до 6 міс розвивалась згідно віку, з 6 міс із затримкою: сидіти невпевнено почала в 8 міс, повзати в 1 рік 6 міс, ходити в 2 роки 6 міс. В психомовленнєвому розвитку розвивалась згідно віку до 2-х років, після 2-х років дитина перестала говорити окремі слова.

На даний момент навички самообслуговування у дитини сформовані частково (при одяганні потребує допомоги мами). Вміє бігати, стрибати на двох ніжках, на одній нозі не стоїть, почала недавно ходити по східцях перемінним кроком, їздить на триколісному самокаті, на толокарі, на велосипеді з додатковим колесами. Малює «каляки-маляки», розфарбовує розмальовки штриховими лініями, виходячи за контури. Збирає пазли з 2-х та 3-х деталей, сортери, пірамідки, мозаїку.

Інколи на заборону проявляє істерики та агресію до мами. Автоагресію не проявляє. Нав'язливо обриває кутикулу навколо нігтя. З дітками контактує, грається в сумісні ігри. Іграшками грається по призначенню, сюжетно-рольова гра присутня (з'явилась лише в 2022 році).

Зоровий контакт стійкий, вказівний жест присутній, відкликається на власне ім'я.

Знає назви кольорів, тварин, фруктів, овочів, предметів побуту і т.д. Дивиться мультфільми, сюжет розуміє. Любить роздивлятися книжки, слухати казки, оповідання. Домовний розвиток: говорить «мама», «баба», «да», «ні», присутнє звуконаслідування тваринам, знає голосні звуки.

Звернену мову розуміє, прості інструкції виконує. Шульга.

Займається з психологом, логопедом-дефектологом, проводять масаж, ЛФК.

Перенесені захворювання: ГРВІ, хронічний аденоїдит в анамнезі.

Травми, оперативні втручання, опіки, обмороження, отруєння хімічними речовинами, утоплення: аденотомія в 3 роки

Алергологічний анамнез: при прийомі Депакіну + Когнуму відмічався висип на животі у вигляді червоними плям; пройшов після прийому Бліс.

Спадковість: серед близьких родичів явних спадкових захворювань, психічних захворювань, епілепсії, вроджених вад розвитку, мертвонароджених, ранніх дитячих смертей, зі слів мами, немає.

Соматичний статус:

Обвід голови 48,3 см (показник знаходиться нижче 3 центиля, мікроцефалія). Зріст 112 см (показник знаходиться між -1 та 0 стандартними сигмальними відхиленнями, в межах норми). Вага 17,7 кг (ІМТ 14,11, знаходиться між 15 та 50 перцентилями, в межах норми).

Нормального харчування, підшкірно-жирова клітковина розвинена симетрично. Шкірні покриви чисті, нормальної вологості, плям «кави з молоком», ділянок депігментації, ціанозу не виявлено. Крупна світло-коричнева пляма рваної форми на внутрішній поверхні верхньої половини правого стегна з нерівномірним забарвленням. Видимі слизові оболонки глотки вологі, чисті; мигдалики нормальних розмірів, без нальоту. Неправильний прикус. У легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД 20/хв. Серцеві тони звучні, ритм правильний. Рс 100 уд./хв. Живіт правильної форми, симетричний, не здутий, безболісний при пальпації. Печінка по краю

реберної дуги. Фізіологічні відправлення: деяка схильність до закріпів, сечовипускання в нормі. Стигми дизембріогенезу: згладженість завитків вушних раковин.

Неврологічний статус:

Пацієнтка у свідомості, дещо гіперактивна, непосидюча. На огляд реагує задовільно. Зоровий контакт встановлює. Звернену мову на побутовому рівні розуміє. Прохання на кілька дій виконує. Прохання лікаря не виконує. Вміє казати і активно каже адресно «мама», «баба», «ні», «да» в темі розмови, присутнє звуконаслідування тварин. Часто спілкується невербально. На момент огляду промовляла переважно невиразні звуки з мукаючим відтінком, доповнюючи їх жестами. Присутній негативізм, часто робить навпаки. Може вдарити близьких рукою. Нав'язливо дряпає собі задирки на пальцях. Шульга. За час огляду нападів не спостерігалося.

Черепномозкові нерви. Зіниці правильної форми, D=S, пряма фотореакція жвава. Очні щілини симетричні, D=S. Екзофтальму немає. Рухи очних яблук збережені в повному обсязі. Непостійна збіжна косоокість зліва. Ністагм не виявлений. Надбрівний рефлекс жвавий, D=S. Тонус жувальних м'язів знижений, рот привідкритий. Лобні і носогубні складки симетричні. Салівація підвищена, слинотеча. Гострота слуху орієнтовно не порушена. М'яке піднебіння розташоване по середній лінії, рухоме. Ковтання, фонація не порушені. Вміє дути, пити через соломинку. Положення язика в порожнині рота по середній лінії; атрофія і фібрилярні посмикування відсутні.

Рухова сфера. Під час огляду атрофії, гіпертрофії, псевдогіпертрофії не виявляються. Фібрилярні і фасцикулярні посмикування відсутні. Обсяг рухів у верхніх і нижніх кінцівках повний. Сила і тонус м'язів без явних порушень. Вміє бігати, стрибати. Сходами йде частіше за перило, але може і без опори. Сідає на підлогу і встає без опори. Перешкоди на підлозі переступає без опори. Черевні рефлексі не викликаються. Глибокі рефлексі торпідні, без явної асиметрії, без розширення рефлекторних зон. Клонусів немає. Патологічні рефлексі: сумнівний симптом Бабінського з 2-х сторін.

Координаторна сфера. Явних порушень статичної і координації немає. Вміє їздити на 3-колісному самокаті, стрибає на батуті, вміє залазити на шведську стінку (мама підстраховує). Дрібна моторика розвинена, на думку мами, недостатньо.

Вегетативна сфера. Розладів потовиділення, терморегуляції не виявлено. Трофічні розлади не визначаються. Функцію тазових органів контролює.

Нічний відео-ЕЕГ-моніторинг від 16.08.2022 р.

Параметри реєстрації: прилад Нейрон-Спектр-4/П, частота квантування: 500 Гц, біполярний повздовжній та референтний монополярний монтаж. (ФВЧ: 0,5 Гц ФНЧ: 70,0 Гц, мережевий фільтр: вкл.)

ЕЕГ-моніторинг проводився у стані неспання, впродовж нічного сну та наступного пробудження з проведенням функціональних проб.

ЕЕГ у період неспання

Альфа-ритм частотою 8-9 Гц, амплітудою біля 50 мкВ, нестійко реєструється в тім'яно-потиличних відділах, дезорганізований хвилями бета- і тета-діапазону. Реакція активації реєструється.

Бета-коливання переважно представлені у передніх відділах півкуль, амплітудою близько 10 мкВ. Бета-коливання під час пасивного неспання представлені з помірним індексом.

Повільні форми активності представлені широко дифузно у вигляді низькоамплітудних хвиль, переважно тета-діапазону не перевищують по амплітуді основне тло. Основний фон суттєво не уповільнений.

У стані неспання відзначається періодичне регіональне уповільнення у центрально-тім'яно-потиличній і скроневій ділянці справа і зліва.

Функціональні проби

Проба з гіпервентиляцією: під час проведення гіпервентиляції відзначалося збільшення представленості епілептиформної активності.

Проба з РФС із частотою від 3 до 20 Гц не викликала значної зміни основного ритму роботи мозку. Реакція засвоєння ритму зареєстрована на частоти 7, 11 і 15 Гц.

ЕЕГ у період сну

Сон диференціюється від неспання. Про настання сну можна судити зі зникнення запису фізіологічних артефактів, наростання амплітуди біопотенціалів і збільшення представленості повільно-хвильовий і епілептиформної активності.

Незважаючи на високий індекс епілептиформних змін, уві сні реєструються стерті, фрагментарні фізіологічні патерни сну, такі як 12-14 Гц "веретена сну", дифузні, з переважанням у фронто-центрально- та лівій центральній ділянці, амплітудою, як правило, 45 мкВ сер., а також фронто-центрально- та вертекс-акцентувані повільні потенціали та рідкі поліфазні комплекси (К-комплекси), амплітудою до 250 мкВ.

У сні відзначається періодичне регіональне уповільнення у центрально-тім'яно-потиличній і скроневої ділянці справа і зліва.

Епілептиформна активність у період неспання і уві сні

Реєструються у неспанні із середнім/низьким індексом спайки та спайк-хвилі, гострі-повільні хвилі у правій та лівій центральній ділянці, незалежно та синхронно, а близько 150 мкВ сер., часто з поширенням, з формуванням білатеральних розрядів у центрально-тім'яно-потиличних,тім'яно-скроневоїх ділянках або дифузно, з високим ступенем синхронії А до 300 мкВ.

Уві сні відзначається збільшення індексу та тривалості розрядів, вища частота їх поширення. Також реєструються розряди в лівій лобово-скроневої ділянці, а також латералізовані розряди альтернуючої латералізації, з переважанням зліва. На багатьох епохах епілептиформні розряди мають продовжений характер.

По морфології дані епілептиформні зміни в окремих епохах записи відповідають т.зв. роландичним спайкам.

Епілептичні напади

Під час відео-ЕЕГ моніторингу епілептичних нападів зареєстровано не було.

Потрібна корекція терапії з наступним ЕЕГ-контролем.

Терапія на даний момент: Депакін сироп: 140–140–170 мг, добова доза 450 мг, 25,4 мг/кг/добу; ламотриджин табл. 25 мг, по 50 мг x 2 р/добу, добова доза 100 мг, 5,6 мг/кг/добу.

РЕКОМЕНДОВАНО: вага 17,7 кг

1. Депакін сироп: 140–140–170 мг, добова доза 450 мг, 25,4 мг/кг/добу; продовжити прийом.
2. Ламотриджин табл. 25 мг, по 50 мг x 2 р/добу, добова доза 100 мг, 5,6 мг/кг/добу – продовжити прийом. Після введення Осполоту в дозі 50 мг на добу, почати зниження дозування ламотриджину по 6,25 мг 1 раз на 5 днів до дози 25 мг x 2 рази на добу. Продовжити прийом. За відсутності погіршення протягом 3 тижнів – подальше знижування дозування по такої самій схемі до відміни.
3. Осполот (сультім), таблетки 50 мг, поступове введення за схемою: 6,25 мг (1/8 табл) 1 раз на добу протягом 4 днів уранці, далі поступове підвищення за відсутності алергічної реакції.

1-3 день: Осполот 50 мг - 1/4 таб. увечері (12,5 мг на добу)

4–10 день: Осполот 50 мг – по 1/4 таб вранці та увечері (25 мг на добу)

11-15 день: Осполот 50 мг – 1/4 таб. вранці, в обід та увечері (37,5 мг на добу)

16-22 день: Осполот 50 мг – по 1/4 таб вранці та в обід та 25 мг (1/2) увечері (50 мг на добу)

23-27 день: Осполот 50 мг – ½ табл вранці, ¼ в обід та 1/2 увечері (62,5 мг на добу).

3 28 дня: Осполот 50 мг - ½ табл x 3 рази на добу (75 мг на добу)

При нормальній переносимості та відсутності погіршення на фоні прийому 75 мг Осполота на добу протягом 10 днів – підвищення далі по 12,5 мг 1 раз на 5 днів до дози 25 мг вранці – 25 мг в обід – 50 мг увечері (100 мг на добу, 5,6 мг на кг на добу). Подальше підвищення дозування препарату здійснюється під контролем лікаря.

Продовжити прийом у вказаній дозі. Препарат приймати після їжі, запивати достатньою кількістю води. Препарат приймати безперервно, довготривало, не можна різко скасовувати (тільки у разі розвитку алергічної реакції на фоні введення – у цьому випадку відміна препарату Осполот). Препарат не зареєстрований в Україні на даний момент, доступний у країнах ЄС.

4. Також варіантом резервної терапії може бути введення етосуксиміду замість (не разом) Осполоту (Суксилеп, Петінімід, Заронтін) сироп 50 мг на 1 мл, у дозі до 400 мг на добу - 3 мл вранці – 2 мл на обід – 3 мл увечері, 8 мл на добу), вводити з малих доз і поступово збільшувати дозування препарату до цієї дози - введення по 0,5 мл x 3 рази на день, збільшення дозування препарату по 0,5 мл на кожний прийом 1 раз на 4 дні до вказаної дози (3 мл – 2 мл – 3 мл, 400 мг на добу). Препарат не зареєстровано в Україні. Продовжити прийом у зазначеній дозі тривало за відсутності погіршення. У разі погіршення ситуації на фоні введення препарату – консультація епілептолога у терміновому порядку, зниження дозування препарату по 25 мг на кожний прийом (0,5 мл) 1 раз на 2 дні до повної відміни. У разі розвитку алергічної реакції на етапі початкового введення – відміна препарату одразу.
5. Вітамін Д по 500 МО зранку – курс 2 міс. у листопаді.
6. Проведення контрольних аналізів з наступною частотою: загальний аналіз крові — 1 раз на 3 місяці, електроліти крові (калій, натрій, хлор, кальцій, фосфор) — 1 раз на 3 місяці, загальний аналіз сечі — 1 раз на 3 місяці, біохімічний аналіз крові (АСТ, АЛТ, ЛФ, ЛДГ, амілаза, загальний білок, креатинін, сечовина, глюкоза, білірубін) — 1 раз на 3 місяці. ЕКГ — 1 раз на 4 місяці. ЕХО-КГ — 1 раз на 12 міс.
7. Контрольний нічний відео-ЕЕГ-моніторинг та консультація епілептолога через 5 міс. Також прохання звертати увагу на динаміку щодо навчання на тлі прийому препарату.
8. Спостереження невролога, педіатра, психолога, ортопеда, офтальмолога по місцю проживання.

Лікар-невролог, епілептолог ЛДЦНЕ "Епі.NET":

Вишинська В.В.



Лікар-невролог ЛДЦНЕ «Епі.NET»:

Мозговенко М.М.



Лікар-невролог ЛДЦНЕ «Епі.NET»:

Іваненко Ю.Ю.

Керівник лабораторії відео-ЕЕГ-моніторингу ЛДЦНЕ «Епі.NET»
лікар-невролог, епілептолог:

Крушинська Н.С.



Директор ЛДЦНЕ «Епі.NET»
Лікар-невролог, психіатр, епілептолог:

Крушинський О.В.