

С.А.Громов, В.Е.Машукова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПСИИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

Р е ф е р а т. Обсуждены и систематизированы возможные диагностические ошибки у больных, страдающих эпилепсией и неэпилептическими пароксизмальными состояниями в начальном периоде заболевания. Приведен анализ данных клинических и параклинических исследований 525 больных. Решающим в диагностике являются выявление основного клинического симптомокомплекса и аналитическое его осмысление в сравнении с результатами аппаратных методов обследования.

С.А.Громов, В.Е.Машукова

ЧИРНЕҢ БАШААНГЫЧ ЧОРЫНДА ЭПИЛЕПТИК
ҺӘМ ЭПИЛЕПТИК БУЛМАНГАН ГЕНЕЗНЫҢ
ПАРОКСИЗМАЛЬ ХАЛӘТЕНӘ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬ ДИАГНОСТИКА

Зыяндаш һәм зыяндаш булмаган пароксизмаль халәт белән интөгучеләргә чирнең башлангыч чорында диагноз куюда китергә мөмкин хаталар тикшерелә һәм система-лаштырыла. 525 авыруның клиник һәм параклиник тикшеренү мәғлүматларына анализ бирелә. Диагностикада төп клиник симптомнар комплексын ачыклау һәм аны башка аппарат ысуллары тикшеренүләре нәтижәләре белән чагыштырма аналитик аңлау хәлиткеч роль уйный.

S.A.Gromov, V.E.Mashukova

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF EPILEPSY
AND PAROXYSMAL CONDITIONS
OF NONEPILEPTIC GENESIS AT EARLY STAGES
OF DISEASE

There discussed and systematized different diagnostic mistakes in patients, suffering epilepsy and nonepileptic paroxysmal conditions at early stage of disease. There given the analysis of clinical and paraclinical examination data of 525 patients. Decisive factors in diagnosis are revealing basic clinical symptocomplex and its analytical understanding in comparison with the findings of investigation methods, conducted by special devices.

Ранняя диагностика различных пароксизмально протекающих состояний обычно начинается уже на стадии первичного обращения больного к врачу, поэтому чрезвычайно важно систематизировать наиболее часто встречающиеся диагностические ошибки и разработать критерии, позволяющие их избежать. В литературе имеется достаточно много публикаций, в которых обсуждаются вопросы дифференциальной диагностики эпилепсии и других пароксизмально протекающих заболеваний неэпилептической природы [1, 3, 8]. Однако в них чаще речь идет об отдельных нозологических формах и не приводится весь перечень заболеваний, которые попадают в число встречающихся диагностических ошибок.

В последние годы мы приступили к изучению проблемы донозологических проявлений эпилепсии (преморбид заболевания). Начальные ее проявления и других пароксизмально протекающих заболеваний неэпилептической природы стали темой настоящего исследования. Для ранней диагностики эпилепсии необходимо активное выявление лиц с повышенным риском ее развития. Эти мероприятия должны реализовываться начиная с раннего детства наблюдаемого. В группу повышенного риска могут попасть дети, имеющие неблагоприятную наследственность по эпилепсии, рожденные при осложненной беременности или в трудных родах, перенесшие тяжелые инфекции с мозговыми явлениями, имеющие пароксизмоподобные изменения на ЭКГ, фибрилльные судороги в анамнезе и т.д. Такие дети нуждаются в тщательном обследовании и систематическом наблюдении.

При выявлении у детей отклонений в неврологическом или психологическом статусе целесообразно назначить профилактическое лечение. Диагностика доболезненных состояний, особенно пароксизмального характера, имеет важное практическое значение и связана с прививками, учебными нагрузками в процессе обучения и профориентацией наблюдаемого. Имеющиеся в литературе сведения по этому вопросу не содержат необходимой информации и часто формализованы [4].

Основной задачей исследования являлось всестороннее изучение клинических и пароклинических особенностей пароксизмально протекающих заболеваний нервной системы и уточнение их дифференциально-диагностических критериев по сравнению с эпилепсией в инициальном периоде.

Обследованы 525 больных с эпилепсией. У всех наблюдаемых приступы появились впервые и длительность заболевания не превышала 3 лет, а чаще одного года, то есть речь идет о правильности диагностики в инициальном периоде заболевания.

В отделении эпилепсии института всем больным проводилось тщательное неврологическое и аппаратное обследование, включавшее ЭЭГ, КТ, РЭГ, ТКДГ, КГ, Эхо-скопию, ПЭГ, рентгенографию шейного отдела позвоночника (по показаниям), осмотр психолога, психоневролога, психиатра, эндокринолога и т.д. В результате были выявлены пароксизмально протекающие неэпилептической природы заболевания, ошибочно диагностированные как эпилепсия (см. табл.).

Т а б л и ц а

Эпилепсия и ошибочно диагностированные пароксизмально протекающие заболевания неэпилептической природы

Заболевания	Количество наблюдений	
	абс.	%
Эпилепсия	406	77,3
Обмороки различной этиологии	52	9,9
Истерия	20	3,8
Гипогликемические состояния	15	2,9
Эпилептические реакции	14	2,7
Синдром Унтерхарншейдта	6	1,1
Катаплексия	4	0,7
Невротический сомнамбулизм	3	0,6
Офтальмоплегическая форма мигрени	3	0,6
Синдром беттолепсии	2	0,4
Всего	525	100

Как видно из таблицы, ошибки диагностики составили 22,7%. Такой высокий процент свидетельствует о том, что на начальных стадиях заболевания диагностика проводилась некомпетентными лицами, в дальнейшем же диагноз только переписывался, не подвергался пересмотру, пока больной не попадал к квалифицированному специалисту.

Самое большое количество диагностических ошибок было допущено при обследовании больных с обмороками (почти 10%), что отмечено и другими авторами [1]. Дифференциально-диагностические отличия абсансов и обмороков разработаны достаточно хорошо, однако ошибки диагностики продолжают иметь место, в связи с этим целесообразно выделить основные симптомы, которые нами принимались во внимание.

При обмороках судороги наблюдаются крайне редко, поэтому их следует дифференцировать только с абсансами. Среди 52 больных, страдающих обмороками, судороги констатированы только у 2 (3,8%) лиц. Все обморочные состояния протекали длительно с последующей стойкой декомпенсацией, а после эпилептического припадка, особенно абсанса, самочувствие больных почти не изменялось. ЭЭГ пароксизмальных изменений не содержала и часто указывала на сосудистую неполноценность. Дифференциально-диагностические признаки обмороков и припадков представлены в литературе достаточно обстоятельно [1, 6, 8].

Трудности диагностики возникают при наличии атипично протекающих эпилептических припадков, клиника которых напоминает обморок. Для синкопального состояния характерны неблагоприятный сосудистый фон, предшествующие психическое и физическое переутомления, постепенное начало, длительная постприступная декомпенсация. В очень

сложных случаях диагностики приходится проводить пробную терапию антиконвульсантами. Положительные результаты лечения подтверждают эпилептическую природу болезни.

Важную роль в диагностике обморока играет ЭЭГ, которая обычно не выявляет типичной для эпилепсии пароксизмальной активности. У 35 из 52 больных отмечались явления раздражения как по конвекситальной поверхности, так и в стволе мозга, у 12 — склонность к пароксизмальным нарушениям, у 5 — пароксизмоподобные изменения, проявившиеся лишь при функциональных нагрузках. При психологическом обследовании больных были установлены астенические проявления (у 30) и эмоциональная лабильность (у 22).

Другие аппаратные методы обследования (КТ, КГ, Эхо-скопия и др.) при обмороках обычно не выявляют изменений.

Истерические припадки были расценены как эпилептические почти у 4% больных. Приступы обычно развивались у них на фоне психического стресса или конфликтной ситуации, продолжались от 20 до 40 минут и почти всегда были связаны с окружающей обстановкой. Сознание во время приступа сохранялось полностью, что подтверждало наличие живой реакции зрачков на свет. У 7 больных во время приступа наблюдались типичные судороги в виде истерической дуги.

При КТ, ЭЭГ, ТКДГ, Эхо-скопии, КГ патологии не обнаружилось. При психологическом обследовании у всех больных определены истерические черты характера, эмоциональная лабильность, у 12 — снижение интеллекта. Большое значение имел тщательно собранный анамнез с выявлением наличия истероидных и даже психических отклонений у больных и членов их семей. В лечении отчетливый эффект был получен от назначения транквилизаторов и психотерапии.

Гипогликемические состояния (почти у 3%), диагностируемые как эпилепсия, выделяются как по механизму развития, так и по клинической симптоматике. Они наступают при падении концентрации сахара в крови ниже 3 мм/л и поэтому развиваются чаще при длительном воздержании от приема пищи. Эти состояния выражаются в продолжительной потере сознания (гипогликемическая кома), в наличии как бы мерцающего сознания или в виде приступов с необычным поведением больного, в частности с психомоторным возбуждением [5, 6]. Приступы у наблюдавшихся больных развивались постепенно: на фоне сильного чувства голода появлялось возбуждение. Кожные покровы были бледными, влажными, дыхание становилось поверхностным, имели место дрожание конечностей; судороги возникли у одного больного (тоническая фаза). Приступы были быстро купированы внутривенным введением 40% раствора глюкозы. У всех 15 больных впервые установлено снижение уровня сахара в крови. На ЭЭГ, КТ,

КГ, ДГ, Эхо-скопии изменений не обнаружено. При психологическом обследовании у 3 больных выявлены невротические черты. Результаты исследования сахара в крови натощак, проведение пробы с голоданием позволили совместно с эндокринологом диагностировать гиперинсулинизм, и перевести больных в эндокринологическое отделение.

Дискутабелен до настоящего времени вопрос о трактовке и месте эпилептической реакции в эпилептологии. Эпилептические реакции имели место менее чем у 3% больных. Считают, что они наступают в ответ на действие чрезвычайной для данного субъекта внешней вредности — с ее устранением прекращается и припадок [2]. Эпилептические реакции были в свое время обстоятельно рассмотрены А.И.Болдыревым (1976). У 50% больных приступы были связаны с алкоголизацией и развивались в состоянии абстиненции, у 4 — с гипертермией, у 3 — с отравлением угарным газом. При неврологическом и аппаратном обследовании эпилепсия была исключена, так как характерных для нее клинических и параклинических изменений выявлено не было.

Синдром Унтерхарншейдта — достаточно редкое заболевание и поэтому оказалось в числе рассматриваемых диагностических ошибок в более чем 1% наблюдений. У больных с атеросклерозом позвоночных артерий и шейным остеохондрозом при резких поворотах головы происходила активная нагрузка на шейный отдел позвоночника с возникновением ишемии ствола, проявлявшейся кратковременной потерей сознания по типу обморока и резким общим снижением мышечного тонуса. В литературе имеются указания на связь развития этого синдрома с шейным остеохондрозом [18]. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника у всех больных выявлены дегенеративно-дистрофические изменения. При аппаратном обследовании патологии не обнаружено. Результаты неврологического обследования и данные рентгенограммы шейного отдела позвоночника позволили исключить эпилепсию и диагностировать шейный остеохондроз, синдром Унтерхарншейдта.

Каталепсия сопровождается кратковременным расслаблением мышц тела и падением больного, чаще возникает в момент положительного эмоционального переживания. Таких больных, по нашим данным, оказалось 4. У 2 больных приступы развились во время смеха: больные не могли пошевелиться, голова у них свесилась, руки опустились, сознание при этом сохранялось. Продолжительность такого приступа варьировала от нескольких секунд до 2 минут. У 2 других больных приступ сопровождался покраснением лица, потливостью, замедлением пульса, отсутствием рефлекса со слизистых оболочек и сухожилий. На ЭЭГ у всех 4 больных была картина, характерная для различных фаз физиологического сна.

Невротический сомнамбулизм, наблюдавшийся у 3 больных, был ошибочно диагностирован как эпилепсия. Сомнамбулизм возникает в детском и юношеском возрасте. Снохождение — это совершение ряда последовательных неосознанных действий в состоянии глубокого сна (вставание с постели, хождение по квартире, надевание одежды и др.), поэтому их можно спутать с сумеречными расстройствами сознания эпилептической природы. Характерна полная амнезия на весь эпизод снохождения, но больного можно разбудить, при сумеречном же расстройстве сознания это сделать невозможно. На ЭЭГ зарегистрированы элементы физиологического сна. У всех больных этой группы психолог отметил астеноневротические черты характера. При аппаратном обследовании изменений не выявлено.

Офтальмоплегическая форма мигрени (у 3) была определена у больных как эпилепсия. Все приступы протекали с интенсивной головной болью, снижением зрения на стороне очага и кратковременной потерей сознания. В основе приступа лежат ангионевротические расстройства, отражающие дисфункцию вегетативной нервной системы. Приступы провоцировались переутомлением, пребыванием в душном помещении, возникали в периоде менструации. Приступу предшествовала фаза prodroma (сонливость, тяжесть в голове, раздражительность), затем появлялись различные сенсорные нарушения (онемение в конечностях, мелькание мушек перед глазами, скотомы и сильная головная боль с иррадиацией в глаз). При аппаратном обследовании патологии, характерной для эпилепсии, не выявлено.

Синдром беттолепсии является одной из форм синкопальных состояний [1]. Причинами заболевания у 2 больных были бронхиальная астма и хронический бронхит. Приступы развились на высоте кашля, появилось покраснение лица и шеи с последующим цианозом и кратковременной потерей сознания на 2—3 минуты. У одного больного возникли клонические судороги и самопроизвольное мочеиспускание (судорожный вариант беттолепсии). ЭЭГ и другие методы обследования патологии, характерной для эпилепсии, не показали. Приступы всегда развивались во время кашля, что было весьма типичным.

В заключение следует отметить, что в начальном периоде заболевания ошибочные диагнозы встречаются не так уж редко. Для проведения правильной дифференциальной диагностики эпилепсии и других пароксизмально протекающих заболеваний требуются тщательный анализ наблюдаемых пароксизмов, подробный анамнез, объективное выявление основного клинического симптомокомплекса с учетом условий, в которых они развиваются, а также данные, получаемые с помощью аппаратных (ЭЭГ и др.) методов обследования больных. В исключительно трудных

случаях диагностики приходится прибегать к пробному назначению антиконвульсантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Г.А., Ерохина Л.Г., Стихан О.А. Неврология синкопальных состояний.—М., 1988.
 2. Болдырев А.И. Эпилептические синдромы.—М., 1976.
 3. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых.—М., 1984.
 4. Громов С.А. Реабилитация больных эпилепсией.—Л., 1987.

5. Карлов В.А. //Журн. невропатол. и психиатр.—1980.—№ 6.—С.663-667.
 6. Карлов В.А. Эпилепсия.—М., 1990.
 7. Коровин А.М. Пароксизмальные расстройства сознания.—Л., 1976.
 8. Мякотных В.С. //Журн. невропатол. и психиатр.—1990.—№ 5.—С.13—17.

Поступила 25.02.97.



УДК 616.853—009.24—07

В.А.Карлов, П.Н.Власов, А.О.Хабибова

**ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМАЛИЗОВАННЫХ МЕТОДОВ
 В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ДИНАМИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ**

Московский государственный медико-стоматологический институт

Р е ф е р а т. Проанализирована динамика заболевания у 65 больных эпилепсией с использованием шкалы тяжести эпилептических припадков, метода подсчета процента улучшений, показателя качества жизни. Наивысшее значение по шкале получено при сложных парциальных припадках с переходом во вторично генерализованные (15 баллов), наименьшее — при типичных абсансах (1 балл). При сочетании нескольких эпилептических припадков суммарная оценка достигала 34 баллов. Процент улучшений вычислялся через 6 месяцев после коррекции проводимой терапии. Качество жизни оценивалось по пятибалльной аналоговой шкале, разработанной авторами и апробированной при височной эпилепсии.

В.А.Карлов, Т.Н.Власов

**ЗЫЯНДАШ ЧИРЕ БАРЫШЫНЫҢ АВЫРЛЫГЫН
 ОБЪЕКТИВЛАШТЫРУДА ФОРМАЛЬЛӘШКӘН
 БИСУЛЛАРНЫҢ МӨМКИНЛЕКЛӘРЕ**

Зыяндаш авырулы 65 кешедә чирнең барышы өянәкнең авырлыгы шкалысын, хәлләре жиңеләючеләрнең процентларын санау йсулларын кулланап анализана. Шкалада иң югары зурлыкны катлаулы парциаль өянәкләр (15 балл), иң кечкенәсен типик абсанслар (1 балл) бирде. Берничә зыяндаш өянәге кушылганда билге 34 баллга житә. Авыруның хәле жиңеләю-үткәрелгән дәва коррекциясеннән соң 6 ай узгач исәпләп чыгарыла, яшәеш сыйфаты чигә зыяндашын бәяләү өчен авторлар тарафыннан уйлап табылган һәм кулланган биш баллы шкала буенча бәяленә.

V.A.Karlov, P.N.Vlasov

**CAPACITIES OF FORMAL METHODS
 IN OBJECTIVIZATION
 OF EPILEPTIC SEVERITY DYNAMICS**

There was analyzed dynamics of morbidity in 65 epileptic patients with the help of severity scale of epileptic seizures, accounting method of recovering percentage, index of quality of life. The highest value on scale was obtained during complex partial seizures, transferring into secondly generalized (15 points), the lowest — during typical absentia epileptica (1 point). When mixing some epileptic seizures the total sum of points achieved 34 points. Percentage of improvements was counted in 6 months after correction of therapy. Quality of life was evaluated by 5-point analogue scale, developed by the authors and tested in temporal epilepsy.

Важнейшим условием развития любой сферы человеческих знаний является возможность сопоставления научно-практических результатов исследований. Важный шаг на пути к унификации исследовательского материала в области эпилептологии сделан в результате разработки Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (ILAE 1989) [1], на основании которой в настоящее время семиотика основных форм эпилепсий описана достаточно полно. Вместе с тем до сих пор широко трактуются такие показатели, как частота и тяжесть эпилептических припадков. Возросшее внимание к проблеме труднокурабельной эпилепсии также требует разработки критериев адекватной оценки количественных и качественных характеристик заболевания. Немаловажным является показатель качества жизни, позволяющий изучать состояние здоровья больного эпилепсией в социальном аспекте.

В настоящем исследовании, исходя из международных прототипов и собственного опыта, нами представлены данные анализа динамики заболевания с использованием одних из последних разработок — шкалы тяжести эпилептических припадков, метода подсчета процента улучшений, показателя качества жизни.

Под нашим наблюдением находились 65 больных эпилепсией женского пола в возрасте от 13 до 45 лет. Длительность заболевания варьировала от одного года до 23 лет. Эпилепсия с установленной локализацией диагностирована у 89,4% больных, генерализованная идиопатическая — у 5,9%, недифференцированная — у 4,7%. В структуре припадков преобладали вторично-генерализованные тонико-клонические в сочетании с простыми и сложными парциальными припадками (71%). Редкие припадки (один в 3 месяца и реже) наблюдались у 42,4% больных, умеренной частоты