

*В.И. Марулина, Ф.К. Сафиуллина*

## ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕВРОПАТОЛОГА

*Казанская государственная медицинская академия*

**П**ароксизмальные состояния трактуются различными авторами неоднозначно. Различная оценка их характера создает дополнительные трудности для врача-практика, прежде всего детского невропатолога. Одна из самых сложных задач, которые приходится решать специалисту в повседневной работе, — это дифференциация эпилепсии и сходных по некоторым признакам состояний неэпилептического характера. Таких пароксизмов немало. Поэтому предметом изучения стали приступы наиболее часто встречающихся в детском возрасте — ночных страхов, снохождений, аффективно-респираторных пароксизмов.

Об имеющейся связи между ночными страхами, снохождением и эпилепсией свидетельствуют прежде всего цифры: у детей, страдающих эпилепсией, ночные пароксизмы встречаются в 2 раза чаще. Более того, нарушения сна в виде снохождений, кошмарных сновидений, ночных страхов нередко предшествуют появлению первых эпилептических припадков. Эти и другие сходные черты позволили некоторым авторам [2, 5] отождествить оба заболевания, в то время как другие исследователи расценивают ночные приступы как сугубо функциональные проявления [3]. Теперь можно представить положение практического врача, который не всегда имеет возможность назначить обычное электроэнцефалографическое исследование. Следовательно, дифференциация невротических ночных приступов и психомоторных эпилептических должна, по возможности, носить клинический характер. Однако здесь возникает новая трудность — толкование одних и тех же симптомов как эпилептических и сугубо невротических. Опыт показал: ночные пароксизмы носят чаще всего смешанный характер. Мы ставили своей целью проследить частоту симптомов, которые позволяют отнести ночные страхи и снохождения к психомоторной эпилепсии, оценить их надежность в дифференциации, выявить электроэнцефалографические корреляции.

Нами обследованы 74 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет. Давность заболевания — от одного года до 3 лет. У всех детей имели место и другие нарушения сна: сногворение, плач, кошмарные сновидения, бруксизм, замедленный переход ко сну, двигательное беспокойство во сне, прерывистый сон. Нередко перечисленные симптомы предшествовали появлению ночных страхов. Вполне вероятно, что

своевременная терапия предотвратила бы дальнейшее развитие болезни.

Анализ ночных пароксизмов показал следующее: большинство детей (52 из 74) во время пароксизма не реагировали на окружающее, при попытке разбудить их у 20 детей появлялась агрессивность, у 45 — вегетативные нарушения в виде гиперемии, бледности, гипергидроза. Реже выявлялись тоническое напряжение, автоматические движения в виде перебирания одежды, одеяла. У 30 детей приступы протекали однотипно, 66 детей утром не помнили о случившемся. Частота приступов до лечения увеличивалась с давностью заболевания. Помимо жалоб на нарушения сна, родители большинства детей отмечали у них плаксивость и впечатлительность. Агрессивность встречалась только у 10 детей. Перинатальный период протекал с осложнениями у 40 детей. Соматический анамнез оказался неблагополучным у 61 ребенка. Нарушения сна у родителей наших пациентов наблюдались в 30% случаев.

Изучение неврологического статуса и дополнительные обследования (краниограмма, глазное дно) патологии не выявили. Самым достоверным признаком эпилептической природы ночных пароксизмов считается сочетание их с типичными эпилептическими приступами, которое имело место у 15 детей. Результаты анализа оказались неожиданными: ночные пароксизмы появились после исчезновения приступов через 3-4 года; у детей с фебрильными судорогами ночные приступы возникали без связи с подъемом температуры. В 90% наблюдений лечебный эффект достигался назначением седативных средств и транквилизаторов.

Клинико-электроэнцефалографическое сопоставление позволило установить, что чем полнее был представлен ночной пароксизм эпилептическими признаками, тем отчетливее были специфические изменения на ЭЭГ. Напомним эти клинические симптомы: возникновение приступов без связи с дневными событиями, отсутствие контакта во время приступа, возникновение их в одно время, однотипность автоматических движений, тоническое напряжение, агрессивность при попытке прервать пароксизм, амнезия утром, указания в анамнезе на эпилептические приступы. Наиболее грубые изменения на ЭЭГ были отмечены у тех детей, у кого ночные приступы возникали без провоцирующего момента, протекали однотипно,

сопровождались автоматическим перебиранием одежды, постельного белья, а также у детей с осложненным перинатальным анамнезом.

Антиконвульсанты назначали при установлении эпилептической природы пароксизмов, если седативная терапия оказывалась неэффективной. Подтверждением правильности такой тактики был 2-летний катамнез: положительный эффект от седативной терапии был прослежен у 40% детей с пароксизмальной активностью на ЭЭГ. Ночные пароксизмы проявляются у них не более чем 4 симптомами, свойственными эпилепсии. Лечение должно быть комплексным, включать соблюдение режима дня, общеукрепляющие мероприятия, санацию очагов инфекции.

Настораживает частота судорожной готовности на ЭЭГ у детей, у которых нарушения сна трактовались как функциональные и седативная терапия давала положительный результат. Детей со снохождением и ночными страхами следует включать в группу риска, которая нуждается в особом наблюдении со стороны невропатологов.

Эпилептические припадки у детей в 90% случаев приходится на первые годы жизни. Особое место в этой связи занимают аффективно-респираторные приступы. Большинство авторов считают их проявлением невротического состояния ребенка, не требующего серьезной терапии [1, 7], другие склонны усматривать в них несомненную связь с эпилепсией, особенно при наличии тонико-клонических

судорог [4, 6]. Различная трактовка характера пароксизмов приводит к разнонаправленной терапии.

Нами были обследованы 112 детей в возрасте от одного месяца до 7 лет с аффективно-респираторными пароксизмами. Основным проявлением начала приступа стали «спазматический» и «заходящийся» плач после аффекта: боль, обида, испуг и т. д. Далее приступы могли протекать либо с потерей сознания и судорогами, и таких больных было 59 (52,7%), либо без судорог, с «обмяканием» и потерей сознания или с кратковременной остановкой дыхания, цианозом носогубного треугольника без потери сознания, и таких больных было 53 (47,3%). Электроэнцефалографическое обследование детей с аффективно-респираторными припадками выявило в большом числе наблюдений изменения эпилептического ряда у 52,5% детей с судорожными пароксизмами и у 41% детей с пароксизмами без судорог.

Таким образом, совершенно очевидна роль гипервентиляции в возникновении описанных выше пароксизмов. Лечить детей с такой патологией необходимо как седативными средствами, так и антиконвульсантами в соответствии с изменениями на ЭЭГ для предотвращения развития эпилепсии как болезни.

Поступила 02.07.97.

УДК 616.134.9—005—085.821.2

А. Ситель

## МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Российский центр мануальной терапии, г. Москва

По данным статистики ВОЗ, от 40 до 80% взрослого населения земного шара страдают клиническими синдромами остеохондроза позвоночника. Являясь одной из самых частых причин временной нетрудоспособности, они ведут к значительным экономическим потерям. Соотношение частоты возникновения клинических синдромов поясничного и шейного остеохондроза составляет 1:1,3. Недостаточность кровообращения в вертебробазилярной системе в большей части случаев встречается в результате экстравазальной компрессии одной из позвоночных артерий, возникающей при патобиомеханических изменениях на уровне шейного отдела позвоночника. Последние и приводят к вазоконстрикции и гемоди-

намическим нарушениям в вертебробазилярном бассейне (затруднениям венозного оттока из полости черепа).

Целью настоящей работы являлось изучение результативности использования мануальной терапии у больных с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярной системе.

Мануальная терапия была применена у 86 больных с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярной системе (30 мужчин и 56 женщин в возрасте от 16 до 65 лет). Контрольная группа состояла из 42 больных (15 мужчин и 27 женщин, средний возраст — 42 года), которых предлагаемым методом не лечили.