

В.И. Гузева¹, М.М. Одинак², О.В. Гузева¹,
В.В. Гузева¹, Е.М. Булатова¹, О.Н. Быкова¹

Результативность методик дифференциальной диагностики пароксизмальных расстройств сознания у детей

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург
²Военно-медицинская академия им С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматриваются клинические, электрофизиологические и нейровизуализационные методики, используемые для дифференциальной диагностики разных форм эпилептических и неэпилептических пароксизмов у детей на ранних сроках заболевания. Обследованы 527 пациентов в возрасте от 1 года до 18 лет. В результате комплексного обследования с учетом данных мониторинга видеоэлектроэнцефалограмм выявлено 317 больных эпилепсией со значительным преобладанием симптоматических форм эпилепсии, из которых у 166 (42,37%) больных оказались фокальные формы, у 36 (11,36%) больных – генерализованные. Значительное число детей оказалось с условно симптоматической фокальной эпилепсией – 94 (29,65%), только 4 (1,26%) больных – с синдромом Ландау – Клеффнера и относительно небольшая группа – 17 (5,36%) больных, страдающих идиопатической эпилепсией. Неэпилептические пароксизмы чаще отмечались у мальчиков во всех возрастных группах, за исключением детей от 1 года до 3 лет, однако в этой группе детей различие в частоте проявления разных пароксизмов незначительно (0,48%). По частоте проявления неэпилептические пароксизмы значительно преобладали у мальчиков в возрасте от 3 до 6 лет (13,33%) и от 6 до 9 лет (11,43%). У девочек неэпилептические пароксизмы чаще отмечались в возрасте от 3 до 6 лет (10,48%) и от 1 года до 3 лет (9,95%). Комплексное обследование позволило дифференцировать детей, страдающих эпилептическими и неэпилептическими пароксизмами и уточнить их диагнозы. С уточненным диагнозом неэпилептические пароксизмы оказалось 210 больных. Результаты свидетельствуют о необходимости тщательного комплексного обследования детей с пароксизмальными расстройствами сознания, чтобы избежать ошибочного диагноза.

Ключевые слова: эпилепсия, пароксизмальные расстройства сознания, электроэнцефалограмма, неврозоподобные состояния, синдром Ландау – Клеффнера, паттерн, диагноз, медикаментозная терапия.

Введение. Важным условием адекватной медикаментозной терапии является ранняя дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмальных состояний у детей [3, 5, 7, 8, 12, 14, 16]. Дифференциальная диагностика этих состояний в практической медицине в большинстве случаев базируется в настоящее время на клинико-anamnestических данных и показателях обычной электроэнцефалограммы (ЭЭГ), которая не всегда корректно регистрируется и интерпретируется. В связи с этим актуальным является изучение, кроме клинико-anamnestических данных и показателей ЭЭГ, комплекса данных мониторинга ЭЭГ и видеоЭЭГ [4, 6, 8, 15]. Углубленное изучение мониторинга и видео-ЭЭГ позволяет выявить индивидуальные особенности, в том числе и эпилептические паттерны, во время сна [1 9–13].

Цель исследования. На основе клинических, электрофизиологических и нейровизуализационных данных показать эффективность дифференциальной диагностики разных форм эпилепсии и неэпилептических пароксизмов у детей на ранних сроках заболевания с проведением видеоЭЭГ мониторинга.

Материалы и методы. На кафедру нервных болезней Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ) (Центр диагностики и лечения эпилепсии и неэпилептических пароксизмальных расстройств сознания у детей) неврологами направляются дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет для уточнения характера пароксизмального расстройства сознания, уточнения формы эпилепсии, подбора адекватного лечения. Диагнозы направления 527 детей представлены в таблице 1.

Диагноз «эпилепсия?» поставлен подавляющему числу направленных больных (62,43%). Значительную группу составляли больные с подозрением на неэпилептический характер пароксизмов (12,33%).

Дифференциальная диагностика пароксизмов у всех детей проводилась на основе изучения анамnestических данных и результатов комплексного клинического обследования с проведением видеоЭЭГ. Представленные на нем данные свидетельствуют о том, что примерно с одинаковой частотой поступали дети с пароксизмальными расстройствами сознания в возрасте от 9 до 12 лет (12,33%), от 12 до 15 лет (12,52%) и от 15 до 18 лет (13,28%), несколько чаще

Таблица 1
Основные диагнозы детей при поступлении в клинику нервных болезней СПбГПМУ

Диагнозы больных детей, поставленные до поступления в клинику нервных болезней	Абс. число	%
Идиопатическая генерализованная эпилепсия	7	1,33
Идиопатическая парциальная эпилепсия	6	1,14
Криптогенная парциальная эпилепсия?	18	3,41
Симптоматическая генерализованная эпилепсия	42	7,97
Симптоматическая парциальная эпилепсия	24	4,55
Синдром Ландау – Клеффнера	3	0,57
Эпилепсия?	329	62,43
Фебрильные судороги	16	3,04
Неэпилептические пароксизмы?	65	12,33
Нарушения сна – парасомнии	9	1,71
Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)	8	1,52

– в возрасте от 1 года до 3 лет (15,94%) и от 6 до 9 лет (17,08%), чаще всего – в возрасте от 3 до 6 лет (21,25%), значительно реже – в возрасте до 1 года (7,59%). Последнее обстоятельство можно объяснить тем, что дети в возрасте до 1 года обычно после первых приступов проходят стационарное обследование, где уточняется диагноз.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью точного метода Фишера [2].

Результаты и их обсуждение. Комплексное обследование больных детей с проведением видеоЭЭГ мониторинга позволило установить, что 317 (60,15%) детей имели эпилептические пароксизмы и 210 (39,85%) детей – неэпилептические пароксизмы. Соответственно оценивалась правильность постановки исходных диагнозов (табл. 2).

Таким образом, в 43,45% случаев у поступивших детей диагноз оказался ошибочным, диагноз совпал только у 3,61% детей. Диагноз уточнен в 52,75% случаев, и в 1 (0,19%) случае диагноз установлен у ребенка, направленного без диагноза. Однако если у детей с эпилепсией ошибочный диагноз установлен в 19,56% случаев, а в 76,02% он уточнялся, то у детей с неэпилептическими пароксизмами ошибочный диагноз имел место в 79,52% случаев и уточнялся только у 17,62% детей.

С эпилептическими пароксизмами оказалось 317 детей, из которых 182 (57,41%) мальчика, 135 (42,59%) девочек, с неэпилептическими – 210 детей, из которых 126 (60%) мальчиков, 84 (40%) девочки. Выявлено, что у эпилептические пароксизмы чаще отмечались у мальчиков в возрасте от 3 до 6 лет (11,67%) и от 15 до 18 лет (11,04%), с несколько более низкой частотой – в возрасте от 6 до 9 лет (10,41%). Более редко эпилептические пароксизмы отмечались у мальчиков от 1 до 3 лет (8,2%), от 12 до 15 лет (7,26%) и от 9 до 12 лет (6,31%), реже всего они встречались у мальчиков в возрасте до 1 года (2,52%).

У девочек, страдающих эпилепсией, эпилептические пароксизмы чаще и с одинаковой частотой наблюдались в возрасте от 3 до 6 лет и от 6 до 9 лет (7,89%), более редко и с одинаковой частотой – в возрасте от 1 до 3 лет и от 9 до 12 лет (6,62%) и от 12 до 15 лет (5,68%), еще более редко – в возрасте от 12 до 15 лет (5,68%). Реже всего эпилептические пароксизмы встречались у девочек в возрасте от 15 до 18 лет (4,1%) и до 1 года (3,79%).

В группах детей, страдающих эпилепсией в возрасте до 1 года и от 9 до 12 лет, число девочек достоверно превышало число мальчиков ($p_{\text{ТМФ}}=0,050$ и $p_{\text{ТМФ}}=0,066$ соответственно), а в группе детей от 15 до 18 лет – число мальчиков достоверно превышало число девочек ($p_{\text{ТМФ}}=0,008$). В остальных возрастных группах значимые различия между числом мальчиков и девочек отсутствовали ($p_{\text{ТМФ}}>0,1$).

Из больных, страдающих эпилепсией, доношенными родились 253 (79,81%) детей, а недоношенными – 64 (20,19%) ребенка. У 181 (57,1%) матерей детей, страдающих эпилепсией выявлен отягощенный акушерский анамнез: токсикозы 1-й и 2-й половины беременности отмечались у 142 (44,79%), острое респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – у 21 (6,62%), угроза прерывания беременности – у 25 (7,89%), конфликты по группе крови и резус-фактору – у 8 (2,52%). У 136 (42,90%) матерей детей, страдающих эпилепсией, осложнений течения беременности не отмечено.

Осложнения в родах имелись у 165 (52,05%) матерей детей, страдающих эпилепсией: преждевременные роды – у 72 (22,71%), быстрые роды – у 31 (9,78%), асфиксия в родах – у 33 (10,41%), стимуляция проводилась у 19 (5,99%), кесарево сечение – у 10 (3,15%), кровотечение отмечалось у 6 (1,89%). На-

Таблица 2
Оценка правильности диагнозов детей до поступления в клинику нервных болезней СПб ГПМУ

Оценка диагнозов	Дети, страдающие эпилептическими пароксизмами		Дети, страдающие неэпилептическими пароксизмами		Все больные дети	
	абс число	%	абс число	%	абс число	%
Установлен правильный диагноз	13	4,1	6	2,86	19	3,61
Установленный диагноз уточнен	241	76,02	37	17,62	278	52,75
Установлен ошибочный диагноз	62	19,56	167	79,52	229	43,45
Диагноз не был установлен	1	0,32	–	–	1	0,19

следственная отягощенность по эпилепсии выявлена у 23 (7,26%) больных.

У 91 (28,71) клинические проявления заболевания были в виде клоникотонических судорог, у 26 (8,20%) детей в виде абсансов, у 20 (6,31%) детей в виде миоклонических судорог, у 102 (32,18%) детей в виде очаговых судорог, у 78 (24,60%) детей сочетались разные виды припадков.

Частыми считали приступы, которые повторялись 2 и более раз в месяц, средней частоты – 1 приступ в 1–4 месяца и редкими – не чаще 1–2 раз в год.

У 45,11% обследованных детей, страдающих эпилепсией, преобладали частые приступы, у 34,07% – средней частоты, редкие приступы отмечались у 20,82% детей.

При неврологическом осмотре очаговые неврологические симптомы (атаксия, пирамидные и экстрапирамидные расстройства, поражения глазодвигательных нервов) выявлены у 74 (23,34%), а задержка психоречевого и моторного развития – у 152 (47,95%) детей, страдающих эпилепсией.

Неэпилептические пароксизмы чаще отмечались у мальчиков во всех возрастных группах, за исключением детей от 1 года до 3 лет, однако в этой группе детей различие в частоте проявления разных пароксизмов является незначительным (0,48%). По частоте проявления неэпилептические пароксизмы значительно преобладали у мальчиков в возрасте от 3 до 6 лет (13,33%) и от 6 до 9 лет (11,43%). У девочек неэпилептические пароксизмы чаще отмечались в возрасте от 3 до 6 лет (10,48%) и от 1 года до 3 лет (9,95%).

В группе детей, страдающих неэпилептическими пароксизмами, в возрасте от 1 до 3 лет, число девочек достоверно превышало число мальчиков ($p_{\text{ТМФ}} = 0,044$), а в группе детей от 6 до 9 лет – число мальчиков достоверно превышало число девочек ($p_{\text{ТМФ}} = 0,027$). В остальных возрастных группах значимые различия между числом мальчиков и девочек отсутствовали ($p_{\text{ТМФ}} > 0,1$).

Среди детей, страдающих неэпилептическими пароксизмами доношенными родились 75 (78,12%) детей, а недоношенными – 21 (21,88%) ребенок. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 101 (48,10%) матерей детей, страдающих неэпилептическими пароксизмами, токсикозы 1-й и 2-й половины беременности отмечались у 81 (38,57%), ОРВИ – у 16 (7,62%), угроза прерывания беременности – у 11 (5,24%), патологическая прибавка в весе отмечалась у 7 (3,33%). У 109 (51,90%) матерей детей с неэпилептическими пароксизмами осложнений течения беременности не отмечено.

Осложнения в родах имелись у 85 (40,48%) матерей детей с неэпилептическими пароксизмами: преждевременные роды – у 33 (15,71%), быстрые роды – у 11 (5,24%), асфиксия в родах – у 13 (6,19%), стимуляция проводилась у 17 (8,10%), кесарево сечение – у 8 (3,81%), ягодичное предлежание в родах отмечалось у 4 (1,90%). Наследственная отягощенность по эпилепсии выявлена у 2 (0,95%) больных.

Клинические проявления заболевания у обследованных больных чаще были в виде клонических судорог (обморочные состояния, фебрильные судороги, аффективно-респираторные приступы, истерия, метаболические приступы) – у 102 (48,57%) детей, миоклонических судорог (доброкачественные миоклонии, избыточные движения во сне) – у 61 (29,05%) ребенка. У 3 (1,43%) детей отмечались тонические судороги (аффективно-респираторные приступы, метаболические приступы), у 6 (2,86%) детей – нарушение сознания (без приступов) и у 38 (18,09%) детей приступы в виде беспокойного сна, мастурбации, нарушения сердечной проводимости, неврозов, тиков.

У 166 (79,05%) детей, страдающих неэпилептическими приступами, редкие приступы отмечались в 96 (57,83%) случаях, средние по частоте приступы – в 27 (16,27%) случаях и частые – в 43 (25,90%) случаях.

При неврологическом осмотре детей, страдающих неэпилептическими пароксизмами очаговые неврологические симптомы не выявлены, но у 11 (5,24%) детей отмечалась задержка психоречевого развития.

Комплексное обследование больных детей с проведением видеоЭЭГ мониторинга позволило обосновать диагнозы обследованных детей, которые подробно указаны в таблице 3.

Заключение. В результате комплексного обследования с учетом данных видеоЭЭГ мониторинга выявлено 317 больных эпилепсией со значительным преобладанием симптоматических форм эпилепсии, из которых у 166 (42,37%) больных оказались фокальные формы, у 36 (11,36%) больных – генерализованные. У 94 (29,65%) детей диагностирована условно симптоматическая фокальная эпилепсия, у 4 (1,26%) больных – синдром Ландау – Клеффнера, у 17 (5,36%) больных – идиопатическая эпилепсия.

С уточненным диагнозом неэпилептические пароксизмы оказалось 210 больных. Из них больше всего оказалось больных, страдающих нарушением сна (парасомнии) – 79 (37,62%), затем – с неврозоподобными состояниями – 65 (30,95%). Прочие неэпилептические пароксизмы (бруксизм, мастурбация, качание головой, вращение туловищем и другие) установлены у 47 (22,38%) детей, обмороки – у 16 (7,62%) детей. СДВГ – у 3 (1,43%) детей.

Представленные данные свидетельствуют о необходимости тщательного комплексного обследования детей, страдающих пароксизмальными расстройствами сознания, чтобы избежать ошибочного диагноза. В затруднительных случаях, особенно в дебюте заболевания, целесообразно решать вопрос о тактике ведения больных в условиях кратковременного пребывания в стационаре, где, как правило, имеется возможность не только более профессионального обследования, но и коллегиального обсуждения каждой конкретной ситуации.

Литература

1. Айкарди, Ж. Заболевания нервной системы у детей / Ж. Айкарди. – М.: Изд-во Панфилова, 2013. – Т. 1. – 556 с.

Таблица 3

Диагнозы, поставленные на основе проведения комплексного обследования с видео-ЭЭГ мониторингом

Диагноз	Абс. число	%
Дети с эпилептическими пароксизмами		
Идиопатическая парциальная эпилепсия затылочная (синдром Гасто)	2	0,63
Идиопатическая генерализованная эпилепсия	15	4,73
Симптоматическая генерализованная эпилепсия	28	8,83
Симптоматическая генерализованная эпилепсия с неврозоподобными состояниями, органическим поражением головного мозга	6	1,89
Криптогенная генерализованная эпилепсия (ремиссия)	2	0,63
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобная	18	5,68
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобная со вторичной генерализацией	23	7,25
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобная с неврозоподобными состояниями, органическим поражением головного мозга	6	1,89
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобно-височная	21	6,61
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобно-височная со вторичной генерализацией	26	8,20
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобно-теменная со вторичной генерализацией	6	1,89
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобно-височная с неврозоподобными состояниями, органическим поражением головного мозга	10	3,15
Симптоматическая фокальная эпилепсия лобно-теменная	2	0,63
Симптоматическая фокальная эпилепсия височная	18	5,68
Симптоматическая фокальная эпилепсия височная со вторичной генерализацией	9	2,84
Симптоматическая фокальная эпилепсия височно-затылочная	6	1,89
Симптоматическая фокальная эпилепсия височно-затылочная со вторичной генерализацией	6	1,89
Симптоматическая фокальная эпилепсия височно-теменная	8	2,52
Симптоматическая фокальная эпилепсия затылочная	3	0,95
Симптоматическая фокальная эпилепсия затылочная со вторичной генерализацией	1	0,32
Симптоматическая фокальная эпилепсия затылочно-теменная	3	0,95
Криптогенная фокальная эпилепсия (всего 94 ребенка), из них:		
Криптогенная фокальная эпилепсия лобная	31	9,78
Криптогенная фокальная эпилепсия лобная со вторичной генерализацией	22	6,94
Криптогенная фокальная эпилепсия лобно-височная	7	2,21
Криптогенная фокальная эпилепсия лобно-височная со вторичной генерализацией	9	2,84
Криптогенная фокальная эпилепсия височная	14	4,45
Криптогенная фокальная эпилепсия височная со вторичной генерализацией	3	0,95
Криптогенная фокальная эпилепсия височно-теменная	4	1,26
Криптогенная фокальная эпилепсия затылочная	4	1,26
Синдром Ландау – Клеффнера	4	1,26
Дети с неэпилептическими пароксизмами		
Нарушения сна – парасомнии	69	32,86
Нарушения сна – парасомнии с прочими неэпилептическими пароксизмами (мигрень с аурой и др.)	10	4,76
Обмороки (вегето-сосудистая дистония, нарушение сердечного ритма)	16	7,62
Неврозоподобные состояния (тики, ночные страхи, беспокойный сон, энурез и другие)	65	30,95
Прочие неэпилептические пароксизмы	47	22,38
СДВГ	3	1,43

2. Гублер, Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии / Е.В. Гублер. – М.: Медицина, 1990. – 176 с.

3. Гузева, В.И. Медико-социальные проблемы и качество жизни у детей с эпилепсией / В.И. Гузева, В.В. Гузева, О.В. Гузева // Эпилепсия: фундаментальные, клинические и социальные аспекты. – М., 2013. – С. 661–668.

4. Гузева, В.И. Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания у детей / В.И. Гузева [и др.] // Науч.-практич. журн. нейрохирургия и неврология дет. возраста. – 2013. – № 2 (36). – С. 98–110.

5. Гузева, В. И. Основные этиопатогенетические факторы и их значение в клинике, прогнозе и лечении эпилепсии у детей / В. И. Гузева, В. В. Гузева, О. В. Гузева // Эпилепсия. – СПб., 2010. – С. 263–322.

6. Гузева, В. И. Роль видео-ЭЭГ мониторинга в диагностике эпилептических и неэпилептических пароксизмальных состояний у детей / В. И. Гузева [и др.] // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2010. – Т. 2, № 3. – С. 12–19.

7. Гузева, В.И. Руководство по детской неврологии / В.И. Гузева. – 3 изд. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 640 с.

8. Гузева, В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В. И. Гузева. – М.: Мед. информац. агентство, 2007. – 568 с.

9. Гузева, О.В. Значение комплексного клинко-электрофизиологического обследования в дифференциальной диагностике и обосновании лечения пароксизмальных расстройств сознания у детей / О. В. Гузева // Якут. мед. журн.: – 2011. – № 2 (34). – С. 68–72.
10. Гузева, О.В. Значение разных вариантов регистрации ЭЭГ в диагностике эпилептических пароксизмов у детей / О. В. Гузева // Якут. мед. журн. – 2011. – № 1 (33). – С. 17–20.
11. Гузева, О.В. Клинико-электроэнцефалографические критерии диагностики эпилептических и неэпилептических пароксизмальных расстройств сознания у детей / О.В. Гузева // Науч.-практич. журн. нейрохирургия и неврология дет. возраста. – 2010. – № 3 (25–26). – С. 25–36.
12. Гузева, О.В. Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания у детей. Клинико-электрофизиологические сопоставления / О.В. Гузева [и др.] // СГПМУ И.И. Мечникова. – 2009. – № 3 (32). – С. 46–49.
13. Карлов, В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Руководство для врачей / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 2010. – 717 с.
14. Мументалер, М. Неврология: 2-е изд. / М. Мументалер, Х. Маттле; пер. с нем. – М.: МЕДпресс-информ. – 2009. – 920 с.
15. Мухин, К.Ю. Современные аспекты диагностики и лечения эпилепсии в детском и подростковом возрасте / К.Ю. Мухин [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 1. – С. 14–20.
16. Chadwick, D. The treatment of the seizure: The benefits / D. Chadwick // Epilepsia. – 2008. – Vol. 49. – P. 26–28.

V.I. Guseva, M.M. Odinak, O.V. Guseva, V.V. Guseva, E.M. Bulatova, O.N. Bykova

Effectiveness of methods of differential diagnosis of paroxysmal disorders of consciousness in children

Abstract. Clinical, electrophysiological and neuroimaging methods used for differential diagnosis of different forms of epileptic and nonepileptic paroxysms in children in the early stages of the disease are considered. 527 patients aged 1 to 18 years were examined. As a result of a comprehensive survey, taking into account the data of video-electroencephalogram monitoring, 317 patients with epilepsy with a significant predominance of symptomatic forms of epilepsy were revealed, of which 166 (42,37%) patients had focal forms, 36 (11,36%) patients – generalized. A significant number of children were found to have conditionally symptomatic focal epilepsy – 94 (29,65%), only 4 (1,26%) patients – with Landau – Kleffner syndrome and a relatively small group – 17 (5,36%) patients with idiopathic epilepsy. Nonepileptic paroxysms were more common in boys in all age groups except for children from 1 to 3 years, but in this group of children the difference in the frequency of different paroxysms is insignificant (0,48%). In the frequency of nonepileptic paroxysms significantly prevailed in boys aged 3 to 6 years (13,33%) and 6 to 9 years (11,43%). In girls, nonepileptic paroxysms were more common at the age of 3 to 6 years (10,48%) and from 1 to 3 years (9,95%). A comprehensive examination allowed to differentiate children with epileptic and nonepileptic paroxysms and to clarify their diagnoses. With a refined diagnosis of nonepileptic paroxysms, 210 patients were found. The results indicate the need for a thorough comprehensive examination of children suffering from paroxysmal disorders of consciousness to avoid erroneous diagnosis.

Key words: epilepsy, paroxysmal disorders of consciousness, electroencephalogram, neurosis-like States, Landau – Kleffner syndrome, pattern, diagnosis, drug therapy.

Контактный телефон: +7-967-562-59-15; e-mail: viktoryka@mail.ru