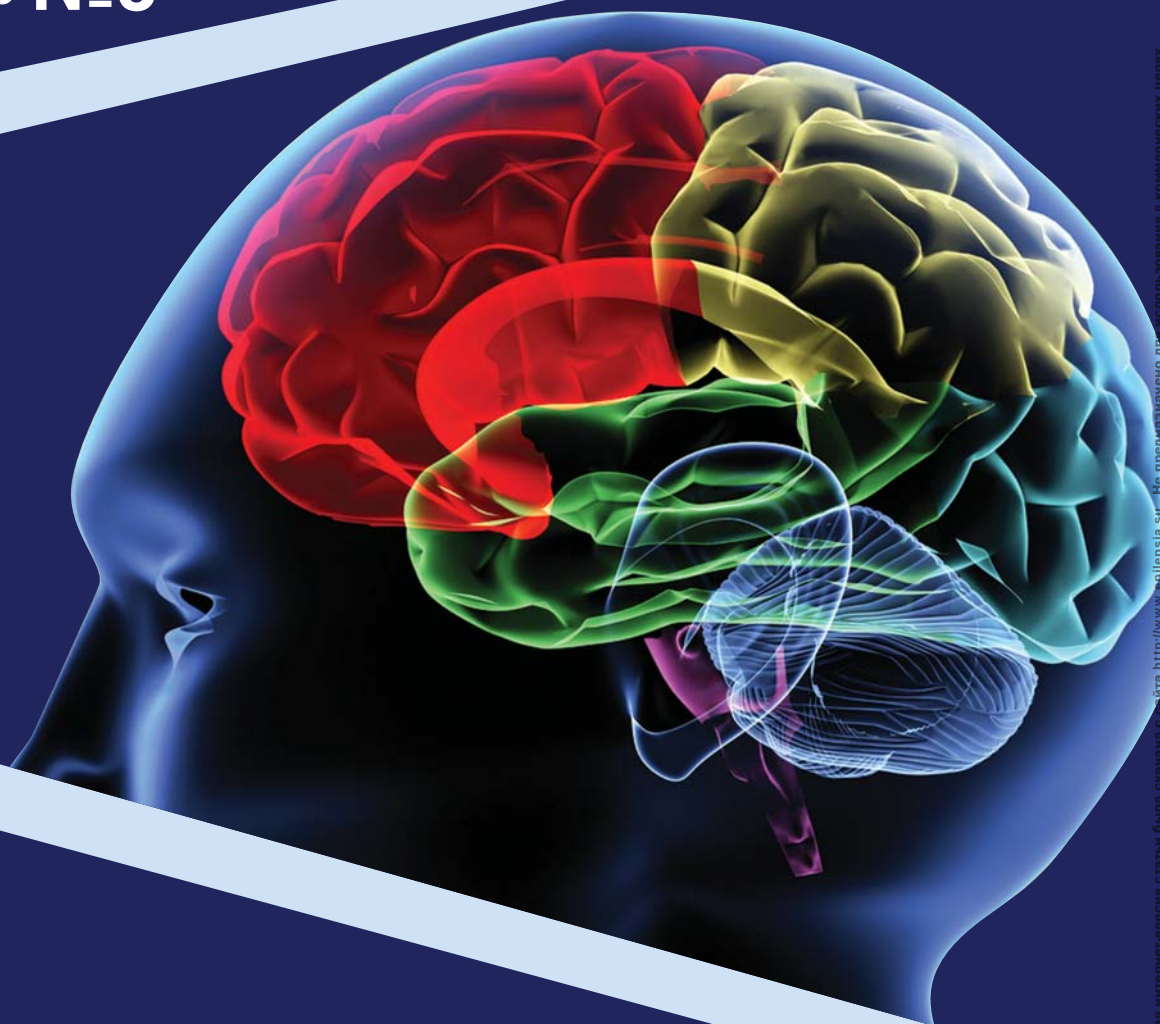


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАН
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2014 Том 6 №3



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Одинак М.М., Прокудин М.Ю., Моисеева А.М.,
Скиба Я.Б., Никишин В.О.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Эпилепсия – яркий, но не единственный пример пароксизмального неврологического состояния. Многие приступообразные состояния и заболевания по своим внешним проявлениям напоминают эпилептические приступы, в связи с чем от 20 до 25% пациентов с диагнозом «эпилепсия» вовсе ею не страдают. Дифференциальный диагноз эпилептических и неэпилептических состояний осложняется тем, что сам врач редко видит приступ и вынужден довольствоваться неполным описанием его родственниками или случайными свидетелями, а также тем фактом, что многие противоэпилептические средства эффективны и при неэпилептических пароксизмальных состояниях. В то же время визуальный анализ на основании предоставленных видеоматериалов опытным врачом позволяет предположить генез приступов в 60% случаев, классифицировать его, предположить локализацию и латерализацию эпилептогенного очага.

Цель исследования – на основании регистрации и анализа иктальных событий выделить отдельные клинические проявления, позволяющие провести дифференциальный диагноз между эпилептическими приступами и неэпилептическими пароксизмальными нарушениями.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами в группу вошли 37 пациентов с пароксизмальными нарушениями, в возрасте 23 ± 7 лет. В 85% случаев ранее был установлен диагноз «эпилепсия», и на момент осмотра пациенты получали лечение антиэпилептическими препаратами. Всем больным выполнен многосуточный ЭЭГ-видеомониторинг длительностью 1-3 сут. с регистрацией иктальных событий, в ряде случаев проводилась провоцирующая проба с плацебо.

Результаты исследований. На основании регистрации иктальных событий в подавляющем большинстве случаев (23) приступы носили псевдоэпилептический характер. Эпилепсия была подтверждена в девяти случаях, в пяти – сочеталась с функциональными расстройствами.

Наиболее показательными и одновременно сложными в дифференциальной диагностике выступали

пациенты с джексоновской эпилепсией и пароксизмальной кинезиогенной дистонией (судорога Рюльфа) – первая группа; синдромом миоклонии век с абсансами, синдромом Унферихта-Лундборга и генерализованным тикозным гиперкинезом (вторая группа). Общими проявлениями первой группы являются: внезапное начало судорог в определенной части тела (чаще в руке, лице) с распространением на мышцы той же стороны или переходом на другую сторону; отсутствие потери сознания во время приступа. Диагностически важными для дифференциальной диагностики являются: возникновение приступа при резком движении, возможность прерывания приступа при болевом или другом раздражении, отсутствие неврологической симптоматики вне приступа, отсутствие структурного поражения головного мозга по результатам МРТ – пароксизмальная кинезиогенная дистония (судорога Рюльфа); спонтанное возникновение приступа, невозможность прерывания приступа, возможное возникновение паралича Тодда в постприступный период – джексоновская эпилепсия.

Общими проявлениями второй группы являются: наличие непроизвольных движений глазных яблок, кратковременность, возможно, сочетание с непроизвольным подергиванием головы, схожие изменения по результатам окулограммы, отсутствие структурного поражения головного мозга, по результатам МРТ. Диагностически важными клиническими проявлениями являются: насильственное движение глазных яблок (отведение их вверх или в стороны), возможность прерывания приступа – генерализованный тик; прикрывание глаз, фотосенситивность, провокация приступов закрыванием глаз, просмотром телевизора – миоклония век с абсансами.

Заключение. Анализ клинических проявлений имеет первостепенное значение, а гипердиагностика эпилепсии оказывает разрушительное воздействие на жизнь человека и его семьи и приводит к серьезным психологическим и социально-экономическим последствиям. Дифференциальный диагноз эпилепсии возможен на основании внимательной оценки клинических проявлений пароксизмального состояния.