

Научно-Практический Центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗ г. Москвы



Дифференциальная
диагностика
эпилепсии и
пароксизмальных
состояний
неэпилептической
природы

Айвазян Сергей Оганесович

Руководитель отдела клинической неврологии и
эпилептологии, к.м.н.

Классификация неэпилептических событий/пароксизмов у детей

■ Здоровые дети

- Физиологическое поведение младенца
- Инфантильная мастурбация
- Staring

■ Соматические/неврологические расстройства

- Аффективно-респираторные приступы (“Breath-holding Spells”)
- Гастро-эзофагальный рефлюкс
- Приступы дрожания (“Shuddering spells”)
- Нарушения сна (парасомнии)
- Мигрень
- Доброкачественное пароксизмальное головокружение
- Тики
- Синкопе
- Пароксизмальный хореоатетоз/дистония
- Гиперэкplexия
- Гипогликемия/Гипергликемия
- Нарколепсия

■ Психогенные неэпилептические приступы, включая синдром Мюнхаузена

Достоверность направляющего диагноза "эпилепсия" у первичных пациентов (n=1914)

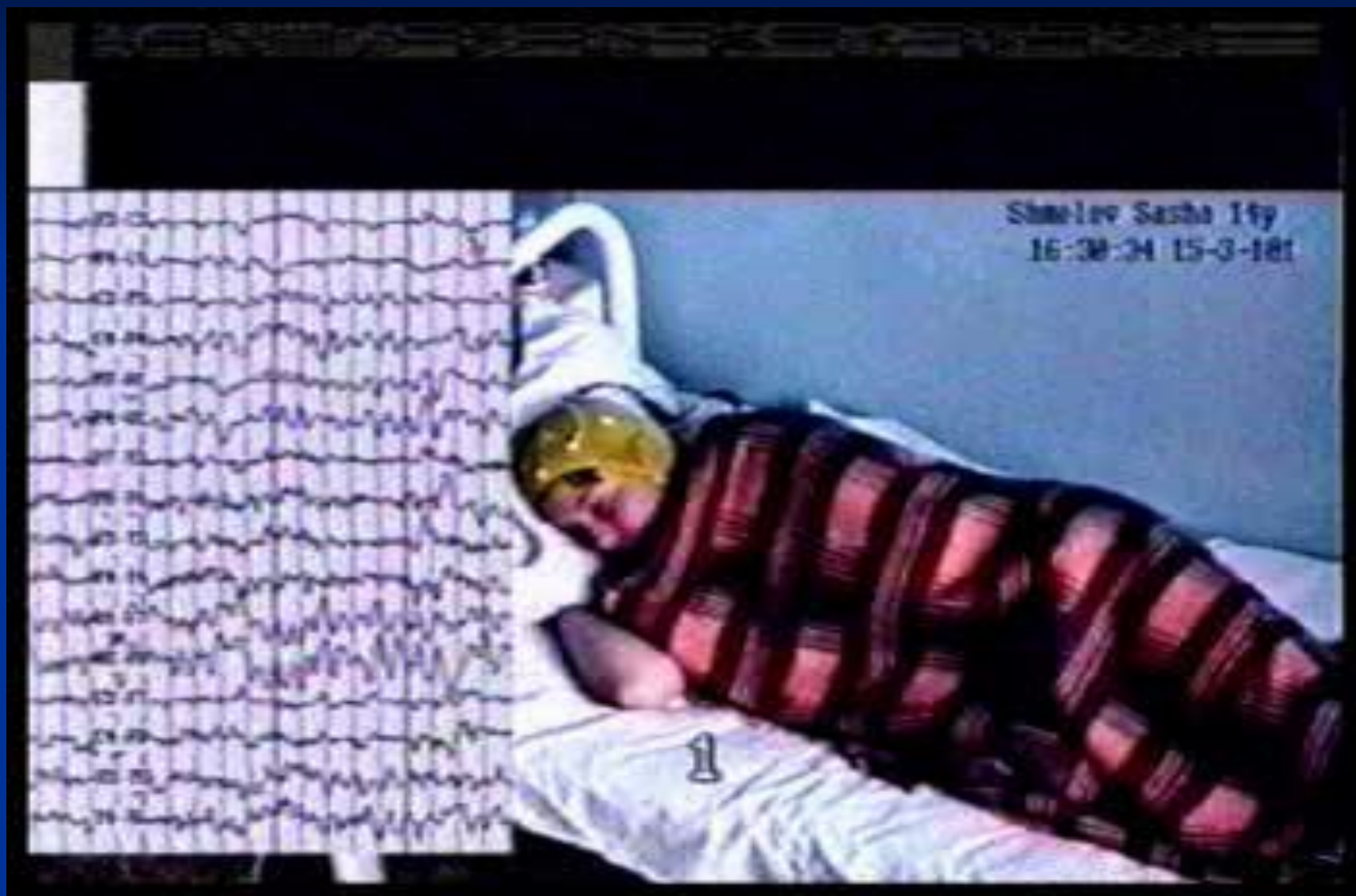
- 56% (1071) - достоверно подтвержден;
- 20,8% (398) - подтвержден;
- 8,5 % (162) - диагноз снят;
- 4,8% (92) - парасомнии;
- 4,3% (83) - псевдоэпилептические приступы;
- 0,7% (13) - тики;
- 5% (95)
 - аффект-респираторные пароксизмы, синкопальные состояния,
 - хореоатетоз/дистония, мигрень, стереотипии,
 - синдром Мюнхаузена, мастурбация,
 - гиперэкплексия, синдром Туретта.

Причины ошибочного диагноза

I. Гиподиагностика эпилепсии– 5%

- Недостаток объективной информации при сборе анамнеза
- Неконвульсивные эпилептические припадки:
 - с психическими симптомами;
 - аутомоторные;
 - с сенсорными симптомами.
- Отсутствие эпилептиформной активности в интериктальной ЭЭГ
- Отсутствие иктальных ЭЭГ паттернов (медиальные фронтальные, париетальные, темпоральные отделы, орбито-фронтальная кора)

Предположительно лобно-долевая эпилепсия.
ЭЭГ негативные припадки. Ш., 14 лет.



Диагностика ЭЭГ-негативных эпилептических приступов

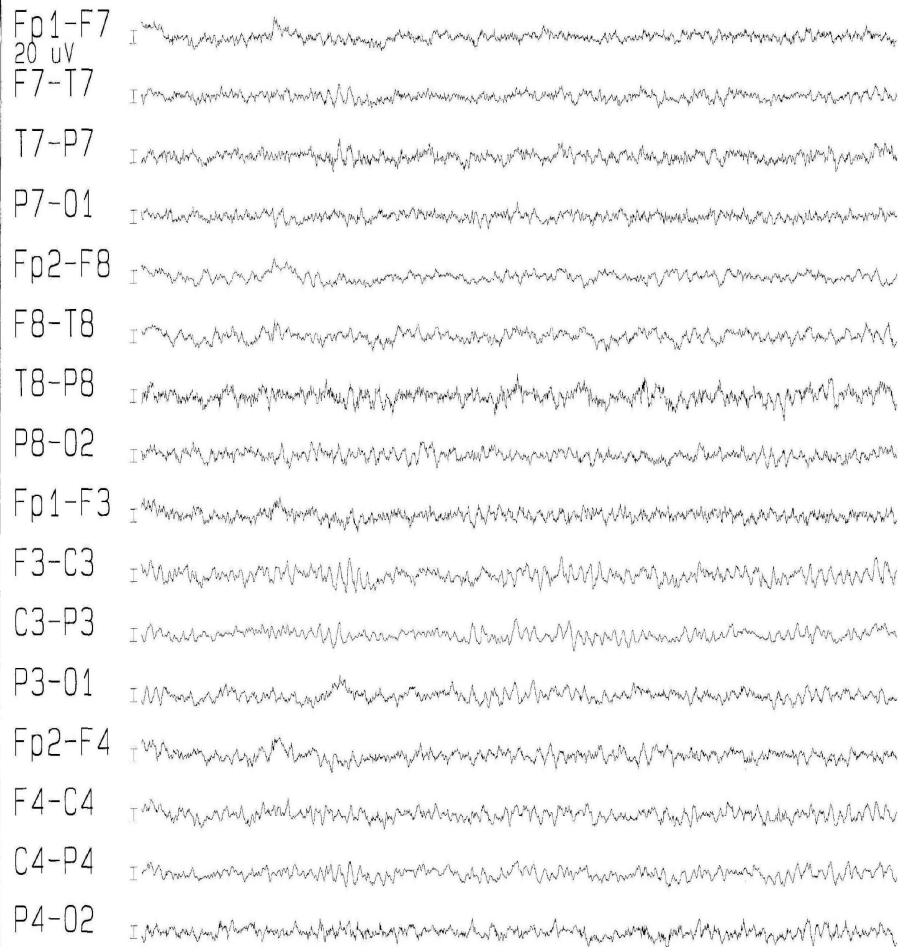
- Применение высокочастотных фильтров для устранения мышечных артефактов во время просмотра иктальной ЭЭГ
- Использование дополнительных, рядом стоящих электродов, расположенных парасагитально, в проекции сфеноидальной пазухи, а также в надглазничных областях
- Применение сфеноидальных электродов
- Прекращение приема противосудорожных препаратов

А также:

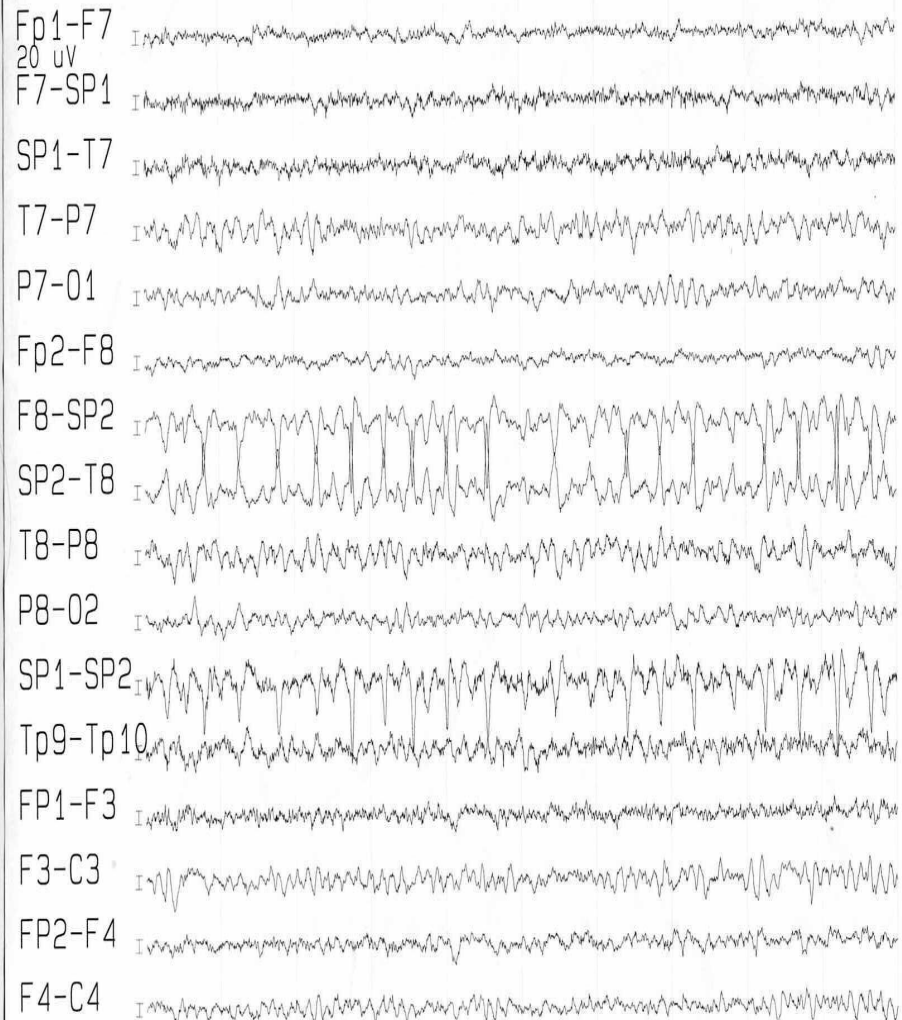
- Запись ЭЭГ на фоне депривации сна
- Запись ЭЭГ во сне

ЭЭГ с применением сфеноидальных электродов

Knysnuk, Irena 22031984 Sat Jul 26 07:57:56 2003 SPK_MAN dur: 10.00 sec.



Knysnuk, Irena 22031984 Sat Jul 26 07:58:26 2003 SPK_MAN dur: 10.00 sec.



Причины ошибочного диагноза

II. Гипердиагностика эпилепсии – 23%

- Недостаток объективной информации при сборе анамнеза
- Пароксизмы идентичны эпилептическим
- Неправильная интерпретация ЭЭГ
- «Давление» родственников пациента на врача
- Синдром Мюнхаузена

Инфантильная мастурбация. П., 4 года.



Психогенные приступы (псевдоэпилептические)

- От 10 % до 40 % пациентов с диагнозом «Фармакорезистентная эпилепсия» страдают исключительно психогенными приступами (*H. Luders, 2000; Devinsky O., Paraiso JO., 2001*).
- Встречаются преимущественно у подростков, перешагнувших совершеннолетний рубеж. В большинстве исследований женщины составляют от 70 до 80 % (*A. Kanner, J. Parra, 2000*).
- 30% пациентов с эпилепсией имеют также и психогенные приступы (2% - 50% - *Krumholz A, 1999*)

Классификация псевдоэпилептических приступов (A. Kanner, J. Parra, 2000)

■ Конвульсивные психогенные псевдоприступы.

5 типов: подобные тоническим, клоническим, тонико-клоническим, гипермоторный и смешанный типы.

■ Неконвульсивные психогенные псевдоприступы.

3 группы: подобные двигательным, подобные отсутствию внимания (по типу абсансов) и подобные атоническим припадкам (внезапное падение).

■ Психогенные псевдоприступы, имитирующие эпилептический статус.

Патогенез псевдоэпилептических приступов (*Sahlholdt L., Alving J., 1997*)

- неправильная интерпретация родителями поведенческих особенностей ребенка
- нераспознанные трудности обучения у ребенка с легкой задержкой развития, специфические проблемы у пациента с нормальным интеллектом
- индуцируемый синдром Мюнхаузена (Munchhausen by Proxy)

Псевдоэпилептический приступ. Б., 15 лет.



Объективные критерии диагностики псевдоэпилептических приступов

- **Уровень пролактина** (*Trimble MR, 1978; Verby MS. Et all, 1987; P. Wolf, 1994*)

Повышается (в диапазоне от 10 до 20 минут после приступа):

- в 90% при ГСП
- в 70% при СПП височной локализации
- очень редко - при СПП лобной локализации

Не меняется после психогенных приступов

- **Уровень креатинкиназы** (чувствительность низкая, около 15%. *A. Kanner, J. Parra, 2000*).

- повышается после ГСП
- не меняется после ПЭ и психогенных приступов

- **SPECT во время приступа**

Диагностическая ценность высокая

- **Нейропсихологическое тестирование**

Диагностическая ценность незначительна

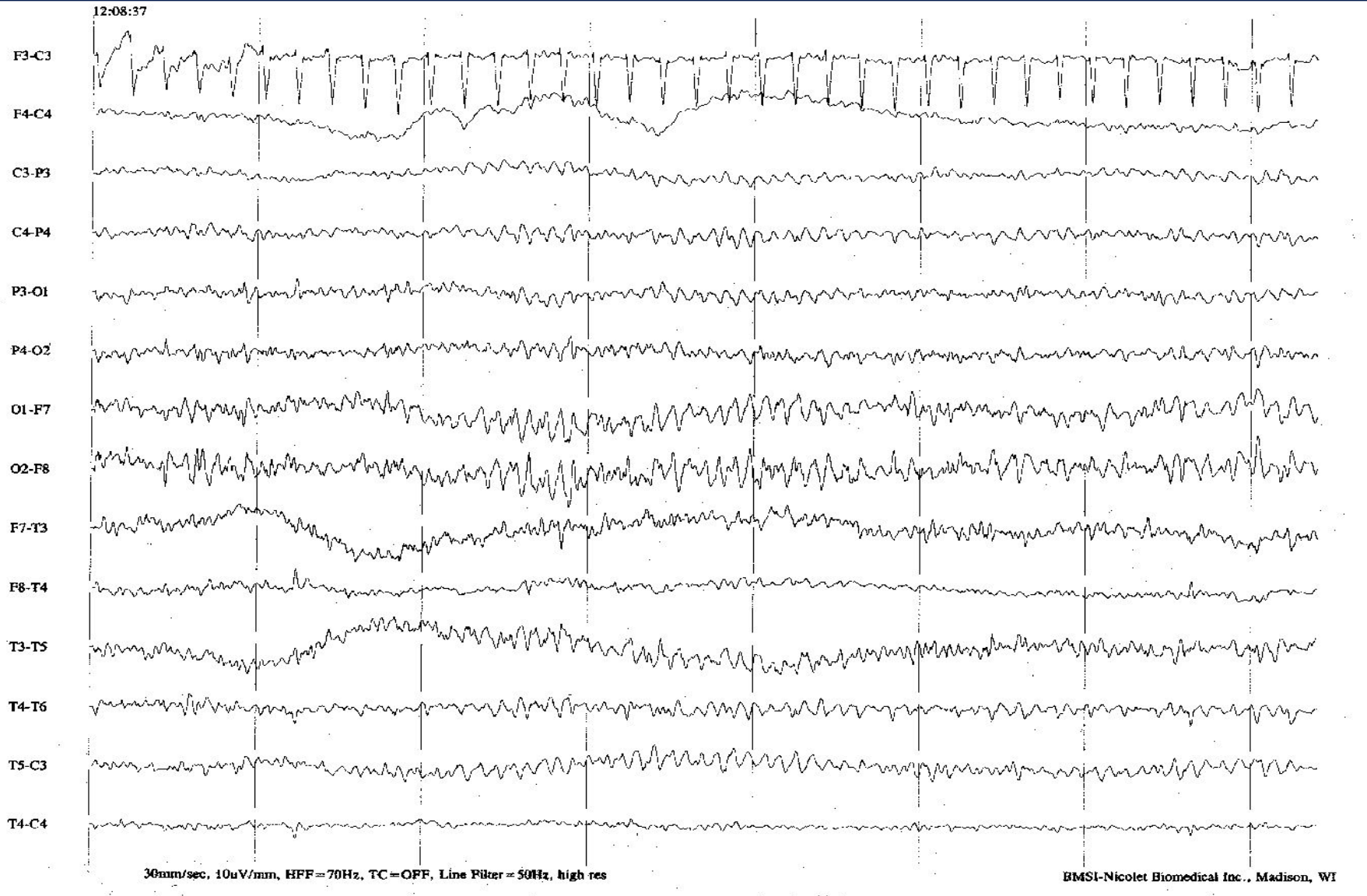
Непредвиденные клинические феномены при псевдоэпилептических приступах

- Автономные симптомы
- Аутоагрессия
- Дефекация, уринация
- Тяжелые приступы удушья и кашля, спазм голосовой щели

Псевдоэпилептический приступ. А., 40 лет.



ЭЭГ во время псевдоэпилептического приступа. А., 40 лет.



Наиболее частая клиническая симптоматика при психогенных приступах (N=83)

- Подобные тоническим, в сочетании с короткими, стереотипными флексорно-экстензорными движениями аксиальной мускулатуры и конечностей
- «Биения», «истерическая дуга»
- Staring
- Отсутствие очаговых неврологических симптомов
- Сохранное сознание

Синдром Мюнхаузена. С., 11 лет.

