

ВОЗМОЖНОСТИ СОМНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Сергей Юрьевич Лаврик^{1,2}, Светлана Викторовна Домитрак^{1,2},
Елена Борисовна Алимова³, Ольга Петровна Тимофеева³

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Шпрах; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, Клиники, гл. врач — к.м.н., доц. С.Н. Смирнов;

³ОГУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», директор — Т.И. Шелковникова)

Резюме. В статье обсуждаются возможности дифференциальной диагностики нарушений сознания эпилептического и неэпилептического генеза в детском возрасте. Наряду с возможностями видео-ЭЭГ мониторинга в регистрации приступных событий и их связи с эпилептической активностью отмечена существенная роль полисомнографии в выявлении синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС. Показана высокая эффективность терапии положительным давлением в дыхательных путях, улучшение параметров сна, развития высших психических функций, предотвращение развития хронической эпилептизации мозга у детей с СОАС.

Ключевые слова: видео-ЭЭГ мониторинг, полисомнография, эпилепсия у детей, СОАС, СИПАП-терапия.

SOMNOLOGICAL DEPARTMENT POSSIBILITIES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF EPILEPSY IN CHILDREN

S.Y. Lavrick^{1,2}, S.V. Domitrak^{1,2}, E.B. Alimova³, O.P. Timofeeva³

(¹Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, ²Irkutsk State Medical University, ³Irkutsk Regional Center of Rehabilitation for Children and Adolescents with Restricted Abilities)

Summary. In the article the possibilities of differential diagnosis of epileptic and non-epileptic disorders of consciousness in childhood have been discussed. Along with the features of video-EEG monitoring in the registration of attack events and their connection with epileptic activity marked a substantial role of polysomnography in definition of the obstructive sleep apnea syndrome (OSA syndrome) in children with consequences of perinatal lesions of the central nervous system. It has been shown the high efficiency of therapy by continuous positive airway pressure (CPAP therapy), improvement of sleep, the development of higher mental functions, prevention the development of chronic brain epileptisation in children with OSA syndrome.

Key words: video-EEG monitoring, polysomnography, epilepsy in children, OSA syndrome, CPAP therapy.

Сомнологические исследования имеют важное значение в современной клинической эпилептологии, поскольку во время сна эпилептиформные феномены, как правило, проявляются более отчетливо, что позволяет объективизировать оценку степени тяжести заболевания и его прогноз, а кроме того, существует ряд эпилептиформных паттернов, встречающихся только во сне [1, 4, 5, 7, 9]. На протяжении последнего десятилетия «золотым стандартом» в мировой эпилептологии стал видео-ЭЭГ мониторинг (ВЭМ), представляющий собой синхронную регистрацию биоэлектрической активности головного мозга и видеоизображения пациента [1, 2, 5, 6, 8]. Диагностическая ценность ВЭМ значительно возрастает не только при оценке цикла сон-бодрствование, но и при решении интеллектуальных задач, поскольку известны формы эпилепсии, характеризующиеся нарушением развития высших психических функций при отсутствии в клинической картине заболевания приступов как таковых [2, 4, 5, 8, 9]. Применение метода полисомнографии (ПСГ) в раннем детском возрасте в ряде случаев также может быть вполне обосновано [1, 3, 6, 9], поскольку своевременное и возможно раннее выявление причин и всестороннее уточнение механизмов эпилептогенеза представляется важным аспектом, оказывающим влияние на дальнейшее нервно-психическое развитие ребенка.

Больная П., 5 лет поступила в Иркутский областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями с жалобами на кратковременные эпизоды «замирания» с частотой до 15–20 эпизодов в день, задержку психоречевого развития, выраженное алиментарное ожирение на фоне дневной и ночной булимии. В течение последнего года мама стала замечать, что ребенку удобнее спать в положении сидя. Со слов родителей, ребенок посещает детский сад, но в играх детей не участвует, отмечается вялость, заторможенность.

Ребенок от I желанной беременности, протекавшей с угрозой прерывания в первой половине. Роды в срок, слабость родовой деятельности. Масса тела при рождении 3400 г и длина 52 см соответственно, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На первом году жизни отмечалась диффузная мышечная гипотония, неврологом по месту жительства был установлен диагноз: Последствия перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза, синдром двигательных нарушений. Регулярно проводилось курсовое лечение ноотропными, вазоактивными препаратами, массажем и физиопроцедуры.

Раннее моторное развитие протекало с легкой задержкой — голову стала держать с 3-х месяцев, сидеть — с 8-ми, пошла в 1 год и 3 мес. Обращало внимание отставание в приобретении речевых навыков — фразовая речь появилась после 2,5 лет, словарный запас снижен. С 3-х лет отмечалось повышение аппетита, стала нарастать масса тела, к 5 годам сформировалось ожирение III степени при ИМТ=38,7 кг/м². Иных отклонений в соматическом статусе нет, электро- и эхокардиография, УЗИ брюшной полости без патологии.

Консультации специалистов: окулист, ЛОР — без патологии; эндокринолог: Гипоталамический синдром, нейроэндокринная форма. Девочка была направлена на генетическое консультирование с подозрением на синдром Прадера-Вилли, результаты генетического анализа отрицательные.

Клинико-биохимические показатели свидетельствуют об отсутствии воспалительного процесса в организме и о нормальном состоянии белкового и минерального обмена.

Неврологический статус — очаговой неврологической симптоматики не выявлено, сохраняется диффузная мышечная гипотония, речь обеднена, отвечает односложно, при этом обращенную речь понимает хорошо. По данным ЭНМГ, признаков нервно-мышечного пораже-

ния не зарегистрировано. При МРТ головного мозга выявляются признаки умеренной наружной гидроцефалии.

На рутинной электроэнцефалограмме, выполненной в дневное время, в состоянии расслабленного бодрствования, регистрируются признаки эпилептиформной активности в виде гиперсинхронных фокальных разрядов Δ -волн частотой 2–3 Гц и амплитудой до 1200 мкВ в лобно-центральных отведениях при гипервентиляции. Эпилептических приступов во время исследования не зарегистрировано.

С целью уточнения механизмов церебральной дезинтеграции ребенку в клинике нервных болезней им. проф. Х.Г. Ходоса было проведено полисомнографическое исследование, включающее видео-ЭЭГ-мониторинг (19 каналов ЭЭГ, ЭОГ, ЭМГ), а также регистрацию ороназального потока, храпа, положения тела, дыхательных экскурсий грудной и брюшной стенок, сердечной деятельности и насыщения крови кислородом. В первой половине ночи были выявлены частые остановки дыхания во сне, позднее был установлен диагноз: Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) тяжелой степени. Индекс апноэ составил 118 эпизодов в час, длительностью от 25 до 45 сек., сопровождаясь снижением насыщения крови кислородом на 30–35% и компенсаторным увеличением частоты сердечных сокращений до 140 уд/мин. На протяжении 3-го часа исследования появились эпизоды смешанного апноэ, возникновение которых можно объяснить нарастающей гипоксической дисфункцией дыхательного центра. Следует отметить отсутствие признаков эпилептогенеза в ночной записи ЭЭГ, весьма незначительную выраженность храпа и грубое нарушение формулы сна за счет частых остановок дыхания и последующих пробуждений, в результате чего ребенок и был вынужден спать сидя.

Во второй половине ночи (с 4-го по 7-й час исследования) ребенку проводилась СИПАП-терапия (от англ. CPAP — Continuous Positive Airway Pressure) — лечение положительным давлением в дыхательных путях. С назальной дыхательной маской ребенок сразу же уснул крепким сном в положении лежа на спине. Полностью выспавшись через 3 часа (!), ребенок самостоятельно снял

дыхательную маску и провел остаток времени исследования в состоянии активного бодрствования. В течение дня отмечалось значительное увеличение двигательной и речевой активности ребенка, а также исчезновение эпилептиформной активности при записи рутинной ЭЭГ, отсутствие «замираний». Во вторую ночь на фоне проведения СИПАП-терапии отмечалось значительное снижение индекса апноэ (эпизодов смешанного апноэ не возникало), увеличение насыщения крови кислородом (показатель сатурации составил 96–98%). Родителям девочки было рекомендовано приобретение и регулярное использование СИПАП-аппарата в домашних условиях.

Катамнестическое обследование через 3 месяца показало существенную положительную динамику общего состояния ребенка. Уменьшилась моторная неловкость, расширился словарный запас, улучшилась память, внимание, работоспособность; без назначения противосудорожных препаратов полностью прекратились «замирания». Ребенок с удовольствием посещает детский сад, повысилась активность на занятиях, нормализовалось пищевое поведение.

Таким образом, несмотря на отсутствие патологии ЛОР-органов, дети с последствиями перинатального поражения ЦНС могут иметь склонность к нарушению дыхания во сне, в частности, возможно формирование СОАС на фоне диффузной мышечной гипотонии. Возникновение «замираний» у данного ребенка, по-видимому, было вызвано хронической инсомнией и не сопровождалось характерным для абсансов паттерном разрядов комплексов пик-волна 3/с., а появление эпилептиформной активности в дневной записи ЭЭГ могло быть обусловлено как расстройством цикла сон-бодрствование, так и хронической церебральной гипоксией в рамках СОАС. Своевременное выявление СОАС у детей и адекватное его лечение позволяют добиться «драматического» эффекта не только в отношении нарушений сна, но и в коррекции когнитивных, сенсомоторных и речевых расстройств, а также предотвратить возможное развитие хронической эпилептизации мозга и еще более тяжелых, нередко и жизнеугрожающих осложнений СОАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. — М.: МИА, 2007. — 565 с.
2. Зенков Л.Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства: Рук-во для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 278 с.
3. Кельмансон И.А. Сон и дыхание детей раннего возраста. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006. — 392 с.
4. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин — М.: Медицина, 2010. — 720 с.
5. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю. Эпилепсия: Атлас электро-клинической диагностики. — М., 2004. — 440 с.
6. Jeavons P.M. Non-epileptic attack in childhood // Reserch progress in epilepsy. / Eds. C.F. Rose. — London, Pitman, 1983. — P. 224–230.
7. Luders H.O., Noachtar S. Epileptic seizures. Patophysiology and clinical semiology. — N.Y.: Churchill Livingstone, 2000. — 796 p.
8. Panayiotopoulos C.P. A practical guide to childhood epilepsies. — U.K.: Medicina, 2006. — 220 p.
9. Roger R., Bureau M., Dravet Ch., et al. Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence. — 4th Edition. — John Libbey, 2005. — 604 p.

Информация об авторах: 664079, г.Иркутск, м-он Юбилейный, 100 ИГИУВ, e-mail: slavrick@gmail.com

Лаврик Сергей Юрьевич — врач-невролог, к.м.н.; Домитрак Светлана Викторовна — врач невролог;

Алимова Елена Борисовна — врач невролог; Тимофеева Ольга Петровна — врач невролог.

© ДОНИРОВ Б.А., ДАМБАЕВ А.И., ДОНИРОВА О.С. — 2011
УДК:616.127-005.4-08:616.132.2-089.86]-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Батор Аюржанаевич Дониров¹, Александр Иванович Дамбаев², Оюна Сергеевна Донирова³

(¹Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, ректор — д.п.н., проф., член-корр. РАО С.В. Калмыков, кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.Н. Плеханов, ²Республиканская клиническая больница, Улан-Удэ, гл. врач — к.м.н. Е.Ю. Лудупова, ³Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. — к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров).

Резюме. Целью исследования являлся сравнительный анализ особенностей клинического статуса у мужчин и женщин, перенесших операцию коронарного шунтирования. Показано, что среди женщин с ИБС в сравнении с