Е.А. Балакирева, А.Ф. Неретина, О.В. Иващенко, А.И. Балакирев

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
каф. пропедевтики детских болезней и педиатрии

Резюме. Цель: выделение поведенческих реакций в структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста. Объект и методы: Нами были проанализированы 4760 историй болезни детей первых трех лет. В окончательную группу вошли 363 ребенка, госпитализированных с диагнозом «судорожный синдром». Пароксизмальные состояния были классифицированы на основании данных клинических, биохимических, ультразвуковых и функциональных исследований, проводившихся неоднократно в динамике. Результаты: число неуточненных «судорожных синдромов» снизилось с 88,4% до 4,1%. Более 11% пароксизмальных состояний были поведенческими реакциями.

Ключевые слова. дети, ранний возраст, пароксизмальные состояния, поведенческие реакции.

Актуальность. Вопросы дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний детей раннего возраста сложны, но имеют принципиальное значение для дальнейшей лечебной тактики и прогноза. Диагностические ошибки распространены достаточно широко, так, еще в 1975 г. Jeavons выявил в двух эпилептических центрах г. Бирмингема (Великобритания), что 20% детей, имеющих диагноз эпилепсии и получающих антиконвульсанты, имеют другие заболевания. По мнению Шмитц Б.(2009) 26% пациентов, обращающихся в специализированные центры с приступами, не имеют эпилепсии [1]. Главной причиной ошибочного диагноза является недостаточно тщательно собранный анамнез. Второй по частоте причиной является неверная интерпретация нейрофизиологических данных. У детей с пароксизмальными состояниями неправильная интерпретация данных анамнеза и ЭЭГ приводит к ошибочной диагностике эпилепсии в 15-30% случаев [2,3]. Пароксизмальные состояния у детей эпилептического генеза особенно активно изучаются в последнее десятилетие в связи с бурным развитием детской эпилептологии, появившимися функциональными методами обследования, возможностями лечения и реабилитации. В то же время литература, касающаяся неэпилептических пароксизмальных расстройств, чрезвычайно разноречива. Подход к этиологии, патогенезу, а, следовательно, диагностике и лечению пароксизмальных состояний отчасти определяется тем к какому специалисту обратился пациент и, зачастую, между первичным обращением к врачу и адекватной терапией проходит длительный отрезок времени.

Цель исследования: выделение поведенческих реакций в структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы 4760 историй болезни детей первых трех лет жизни находившихся в стационаре в 2003-2008гг., 1512 поликлинических и 1412 консультативных осмотра. В исследуемую группу были включены 469 пациентов, обратившихся к неврологу по поводу

различных пароксизмов в первые 3 года жизни. Из них 376 (80%) были госпитализированы с диагнозом «судорожный синдром». Часть из них (106 из 469) была исключена из исследования в связи с социальными причинами и отказом родителей от обследования, лечения, динамического наблюдения и включения в исследование. В окончательную группу вошли 363 ребенка.

Критерии включения в исследование: возраст до 3 лет, пароксизмальные состояния различного генеза, упоминание «судорожного синдрома», по поводу которого обращался пациент.

Критерии исключения: недостаточный катамнез, отказ родителей от обследования, лечения и включения в исследование.

Всем детям проводилось неоднократное динамическое клинико-функциональное обследование.

Статистическая обработка данных проведена с применением специальных методов клинической эпидемиологии, описательной и аналитической медицинской статистики с применением вероятностно-статистических подходов и компьютерного моделирования, общих принципов теории управления в медицинских системах, а также пакетов типовых программ среды WINDOWS, включающих в себя корреляционный и регрессионный анализ (STATISTICA for windows, EXCEL ACCESS) и оригинальных программных модулей для IBM-совместимых компьютеров.

Полученные результаты и их обсуждение. Относительное распределение пароксизмальных состояний при направлении в стационар приведено на рис.1

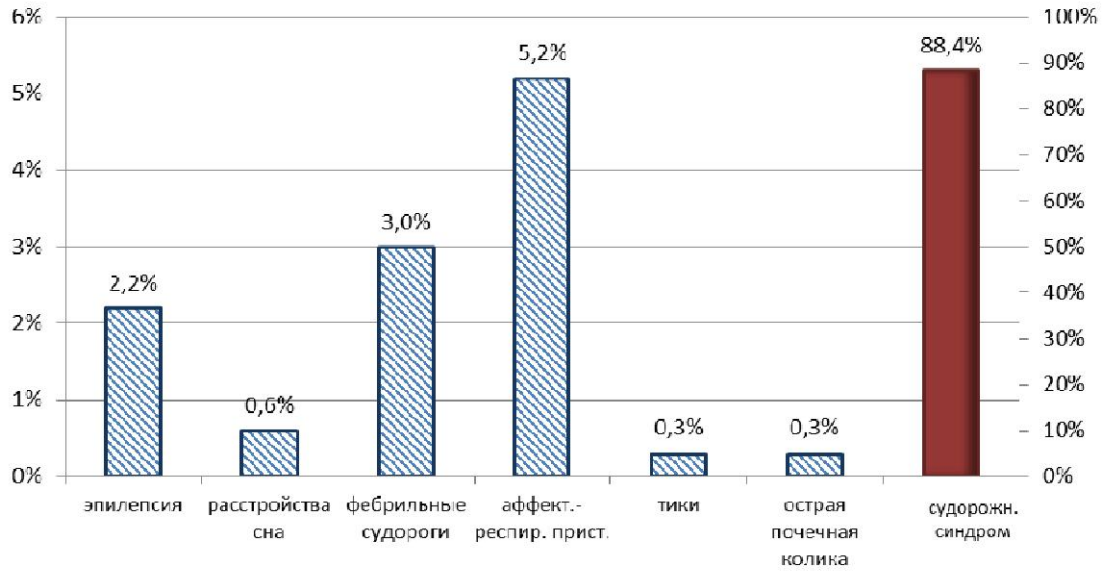

Рис. 1. Распределение видов пароксизмальных состояний при направлении в стационар

При постановке диагноза учитывались клинико-анамнестические данные и результаты функционально-лабораторных исследований.

Только у 89 (24,5%) пациентов, поступавших с диагнозом «судорожный синдром», окончательный диагноз был поставлен в первые 3 дня пребывания в стационаре, которые по стандартам полагаются для постановки клинического

диагноза. В 38,3% случаев (139 случаев) приступы были зафиксированы в стационаре, что позволило в 97 случаях (26,7 %) поставить диагноз при первом поступлении. Судороги в структуре приступа имели место лишь у 45 (12%) детей, поступивших с диагнозом «судорожный синдром».

Дети исследуемой группы (363) осматривались при первом обращении к неврологу, подробно собирался семейный, акушерский, ранний анамнез, определялся объем обследований, ставился рабочий диагноз, определялись начальные этапы лечения. Лабораторные (клинические, биохимические, микробилогические), рентгенологические, нейровизуализационные, функциональные методы исследования и психологические тестирование позволяли уточнить природу пароксизмальных состояний на разных этапах исследования.

На основании разработанного нами алгоритма, все пациенты при первичном поступлении были разделены на несколько подгрупп. К вероятно и достоверно неэпилептическим были отнесены 70,8% пациентов (257). Из них у 22 пациентов на электроэнцефалограмме были косвенные признаки эпилептической активности, что, учитывая возрастные особенности, накладывало ограничения в терапии, а у 235 детей (65%) пароксизмальной активности не зарегистрировано. У 28,2% пациентов (106) при первичной госпитализации определены вероятно и достоверно эпилептические приступы.

Несмотря на обилие новых методов обследования, для окончательного диагноза в исследуемой группе требовалось динамическое наблюдения, в некоторых случаях длительное. В процессе наблюдения некоторые случаи меняли категорию несколько раз. Пример структурирования пароксизмальных состояний приведен на рис. 2

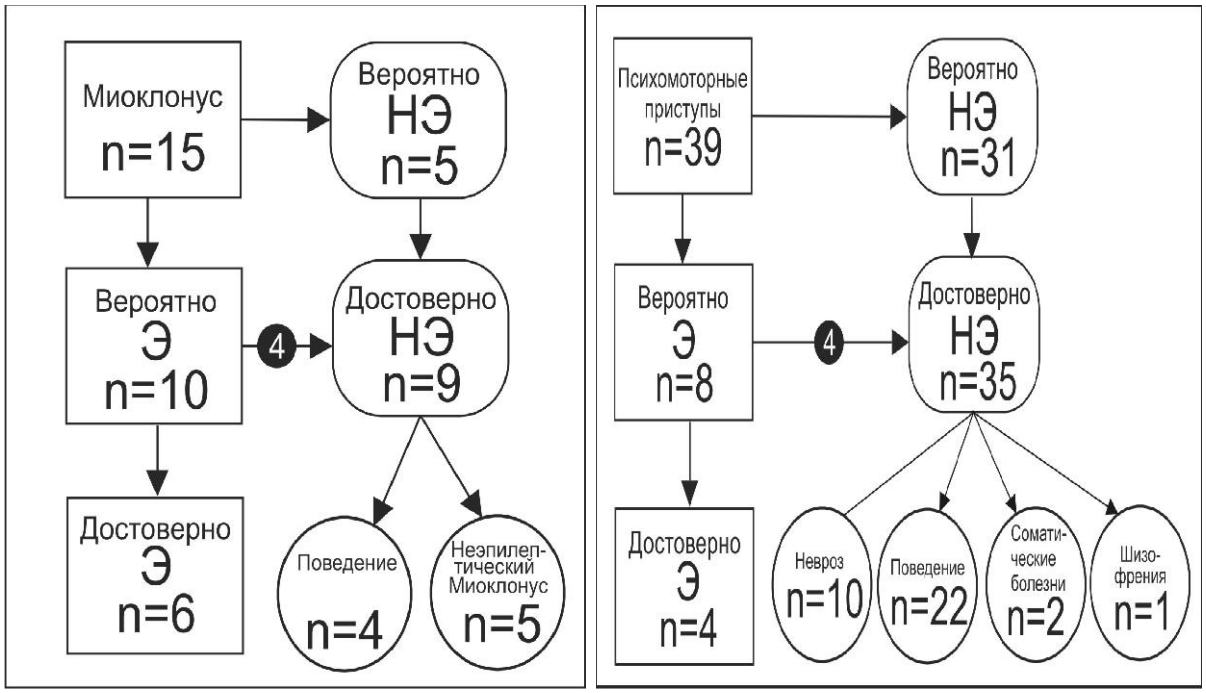

Рис. 2. Динамическое структурирование миоклонических и психомоторных пароксизмальных состояний.

Как видно на рисунке, в каждой из рассматриваемых подгрупп выделялись пароксизмальные поведенческие реакции и, в большинстве случаев, они не были патологическими. Часть пароксизмов были новыми освоенными детьми действиями, которые, в силу возрастных особенностей, неправильно трактовались родителями.

В соответствии с клиническими проявлениями, объем и сочетание медикаментов во время каждого курса терапии зависел от возможности верификации диагноза, ведущего на данный момент клинического синдрома и ограничений связанных с применением того или иного лекарственного средства.

В результате длительного динамического исследования произошло окончательное перераспределение видов пароксизмальных состояний (рис.3).

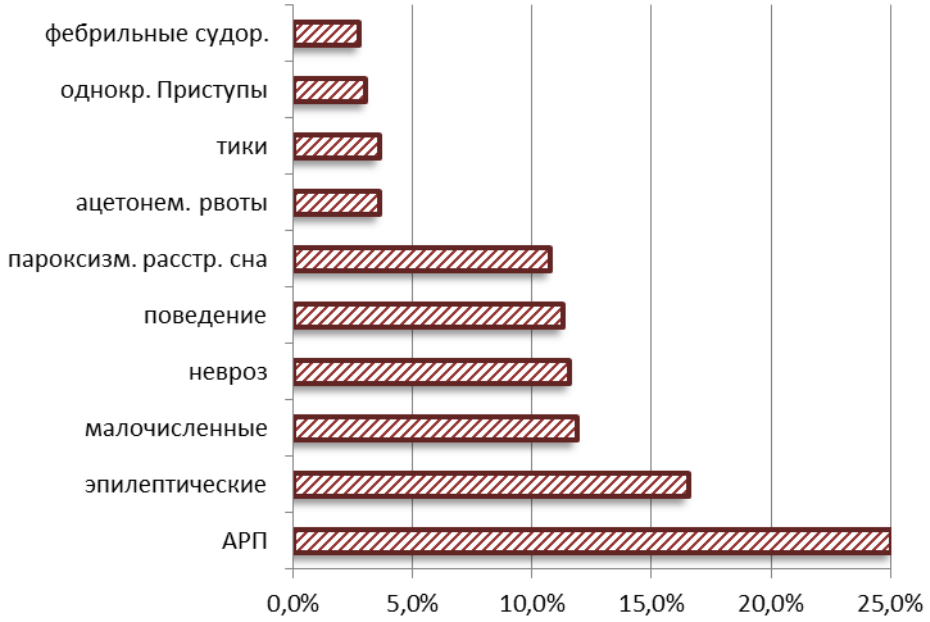

Рис.3.Окончательное распределение видов пароксизмальных состояний в исследуемой группе (n=363).

Как видно на рисунке, в структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста преобладали аффективно-респираторные приступы (25,1%), достоверно подтвержденные формы эпилепсии (16,5%), невротические пароксизмальные состояния (11,6%), пароксизмальные расстройства поведения (11,3%). Число недифференцированных «судорожных» приступов в исследуемой группе сократилось с 88,4% до 4,1%, однако это потребовало неоднократного обследования и длительного динамического наблюдения. У 79 (21,8%) детей к первоначальным приступам присоединились новые виды приступов, причем у части детей (19 - 5,2%) в результате подробного неоднократного ретроспективного уточнения анамнеза оказались неучтенные пароксизмальные состояния, что в некоторых случаях привело к изменению диагноза, установленного в результате первичного обследования.

Заключение: Поведенческие пароксизмальные состояния составили более 11 процентов, то есть каждый девятый ребенок с «судорожным синдромом» не нуждался в лечении. Мы намеренно не говорим об окончательном диагнозе и пароксизмальных состояниях, а не нарушениях (disorders), так как эти состояния вполне могут быть не

патологическими, а поведенческими, что и показано в нашем исследовании. Поведенческие пароксизмы в раннем возрасте диагностируются метом исключения - мы исключаем острые и жизнеугрожающие ситуации, которые не терпят промедления и наблюдаем, ориентируя родителей на те моменты, которые могут быть полезны в окончательном суждении. Если эти состояния все же являются патологическими и обусловлены невротическим компонентом (попросту являются проявлениями невроза, который, к сожалению, отрицается психиатрами по возрастному критерию), то кроме и прежде медикаментозной терапии необходима рациональная семейная психокоррекция и направляющая работа с родителями.

Решение этой проблемы может быть осуществлено непрерывным контактом родителей с наблюдающим неврологом и психологом, по возможности, социологом и педагогом, а при наличии показаний, логопедом и психиатром.

В таком случае, неврологу остается назначить и проследить эффективность и переносимость базисной терапии, а не заниматься несвойственными ему функциями семейного психотерапевта.

Выводы:

1. В структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста преобладали аффективно-респираторные приступы (25,1%), достоверно подтвержденные формы эпилепсии (16,5%), невротические пароксизмальные состояния (11,6%), пароксизмальные расстройства поведения (11,3%).

2. Различные по этиологии пароксизмальные состояния могут иметь сходную клиническую картину, что затрудняет диагностику и лечение.

3. Пароксизмальные состояния раннего детского возраста требуют соматического и неврологического обследования и наблюдения в динамике. Это позволяет уточнить диагноз в большинстве случаев (95,9%) и, соответственно, уберечь часть пациентов от значительной медикаментозной нагрузки

Литература.

1. Шмитц Б. Дифференциальный диагноз эпилептических и неэпилептических приступов / Б. Шмитц // Эпилептология в медицине 21 века / под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. – М., 2009. – С. 145-147.

2. Эпилептология в медицине 21 века / под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. - М., 2009. – 570 с.

3. Gates J.R. Nonepileptic seizures / J.R. Gates, A.J. Rowan. – Boston : Butterworth-Heinemann, 2000.

Abstract.

E.A. Balakireva, A.F. Neretina, O.V. Ivaschenko, A.I. Balakireva

BEHAVIORAL REACTIONS AT EARLY AGE CHILDREN

Department of propaedeutics childhood diseases and pediatrics

Voronezh N.N. Burdenko State Medical Academy

Exceptation children with behaviour reactions from group of children with paroxysmal syndromes, witch have begun in early age. Object and methods: We assessed 4760 cases of disease of young children (first three yeas of age). Final group include 363 patients were hospitalized with diagnosis “convulsive seizures”. The paroxysmal conditions were classified on base of investigations (clinic,

biochemical, ultrasound, and functional examinations). Paroxysmal conditions of children of first 3 years age very substantially. Paroxysmal conditions were classificated by results of clinical research and results of dynamic research in each age interval. We made base of date, witch was analised by discriminate, correlate and original statistic programmes. Results: Number of undifferential “convulsive” seizures in final group decrease since 88.4% to 4,1%, but during continuous dynamic somatic and neurological observation and examination. More then 11% of paroxysmal conditions were behavioural.

Keywords: children, early age, paroxysmal conditions, reactions of behaviour.

References:

1. Schmitz B. Differential diagnosis of epileptic and nonepileptic seizures / B. Schmitz / / Epileptology in medicine of the 21st century / ed. E.I. Gusev, A.B. Geht. - M., 2009. - S. 145-147.

2. Epileptology in medicine of the 21st century / ed. E.I. Gusev, A.B. Geht. - M., 2009. - 570.

3. Gates J.R. Nonepileptic seizures / J.R. Gates, A.J. Rowan. – Boston : Butterworth-Heinemann, 2000.

Сведения об авторах: Балакирева Елена Александровна, д.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней и педиатрии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, e-mail: balakireva26@mail.ru; Неретина Алла Федоровна, д.м.н., профессор , профессор кафедры пропедевтики детских болезней и педиатрии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко; Иващенко Ольга Викторовна - врач-невролог БУЗ ВГДКБ №1; Балакирева Алина Игоревна - клинический ординатор кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова.