

N. A. Myrzabayeva

Clinical manifestations of irritable bowel syndrome in overweight and obese young adults

Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev,
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

Introduction. Clinicians' attention has been focused recently on the role of overweight and obesity in the occurrence and development of functional disorders of the digestive tract and intestinal malfunctions amongst others. A high prevalence of irritable bowel syndrome (IBS), and overweight as well as obesity make the search for solutions to these problems an urgent matter. **Purpose.** The purpose lies in studying the features of clinical manifestations in young patients with irritable bowel syndrome (IBS) within the context of overweight and obesity.

Methods. The study involved 37 patients aged between 16 and 25 years old with IBS within the context of overweight and obesity. All patients underwent a standardized survey to identify and clarify their complaints alongside psychological testing, general and biochemical blood tests, instrumental (endoscopic, radiological) tests, bacteriological examination of feces, fractional duodenal intubation, an abdominal ultrasound, and intestinal biocenosis examination.

Results. The clinical picture of IBS in overweight and obese young adults was characterized by a variety of manifestations. Our studies have shown that psycho-traumatic factors play an important role in the occurrence and manifestation of IBS within the context of overweight and obesity. The study of anamnestic and clinical features in overweight and obese patients showed that unfavorable family circumstances, increased demands of social life, and dietary changes can act as triggers in the genesis of intestinal disorders in young adults.

Conclusions. IBS in overweight and obese young adults is characterized by certain clinical features along with functional and morphological disorders. Apparently, this is due to psycho-emotional factors, some hormonal changes that occur at this age, failure to adapt to the increased demands of social life, and dietary changes. Overweight and obese patients with IBS were also observed to have functional abnormalities of the autonomic nervous system.

Key words: irritable bowel syndrome, overweight, obesity, young age.

© А.Ф. НЕЧАЙ, 2013

А.Ф. Нечай

ПРОБЛЕМА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕПІЛЕПСІЇ ТА НЕЕПІЛЕПТИЧНИХ ПАРОКСИЗ-МАЛЬНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Київська міська дитяча клінічна лікарня №1

Вступ. Неепілептичні стани у дітей раннього віку є поширеними розладами, які часто імітують епілептичні випадки та потребують диференційної діагностики.

Мета. Узагальнення сучасних літературних даних щодо диференційної діагностики епілепсії та неепілептичних розладів у дітей раннього віку для привернення уваги медичної спільноти до існуючої проблеми.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

Матеріали та методи. Проведено аналіз вітчизняних та зарубіжних статей періодичних медичних журналів, монографій, керівництв, присвячених питанню диференційної діагностики епілепсії та неепілептичних пароксизмів у дітей раннього віку за період 1990 – 2013рр.

Результати. У статті висвітлено стан проблеми диференційної діагностики епілепсії та неепілептичних станів у дітей раннього віку на сучасному етапі, доведено її актуальність на основі існуючого у всьому світі високого рівня гіпердіагностики епілепсії, який сягає 20-30% навіть у високо розвинених країнах. Описані клінічні прояви неепілептичних станів (не обов'язково розладів), які часто зустрічаються у ранньому дитячому віці.

Висновки. Зроблені висновки, що ретельно зібраний анамнез та відеозапис пароксизмів є найбільш вагомими для встановлення вірного діагнозу, більшість пароксизмальних станів неепілептичного походження не потребують ніякого медикаментозного втручання, а психологічна підтримка та заспокоєння сім'ї є основним у лікуванні.

Ключові слова: ранній дитячий вік, епілепсія, неепілептичні напади, диференційний діагноз.

У практичній діяльності педіатрів та дитячих неврологів, які надають допомогу дітям раннього віку, на особливу увагу заслуговує питання диференційної діагностики епілептичних випадків з нападами неепілептичного походження. Більшість неепілептичних пароксизмальних станів і захворювань мають вікові піки початку клінічних проявів, частина з них залежить від віку, тобто вони з'являються і зникають у певні вікові періоди [1]. До групи пароксизмальних станів неепілептичного походження у новонароджених та дітей раннього віку включають апное, аноксичні напади, доброякісний неонатальний міоклонус сну, тремор, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, опсоклонус, гіпереклексію, вести-булопатії, лабіринтопатії (пароксизмальний тортиколіз немовлят), кивальні та ротаторні спазми, афективно-респіраторні пароксизми, яктацію, мастурбацію, гастроєзофагіальний рефлюкс, доброякісне пароксизмальне головокружіння, альтернуючу геміплегію дитячого віку [2, 3, 4]. Існує небезпека хибної інтерпретації цих станів як проявів епілепсії.

Неепілептичні пароксизмальні стани у дітей раннього віку за описом клінічних проявів можуть нагадувати (імітувати) епілептичні випадки. Можливо, схожість клінічної симптоматики визначається тим, що деякі пароксизмальні неепілептичні стани, так само, як і окремі епілепсії, являють собою генетично детерміновані каналопатії [1]. Каналопатії — це група спадкових захворювань, обумовлених мутаціями генів, кодуючих іонні канали: порушення іонних каналів можуть спостерігатися в різних тканинах, але частіше вражається скелетна мускулатура і центральна нервова система [5].

У різних країнах світу гіпердіагностика епілепсії є актуальною проблемою. У дитячому віці вона сягає 20–30% [6, 7, 8]. У дослідженні Hindley (2006) стверджується, що епілепсія мала місце лише у 23% направлених на обстеження з приводу епілепсії дітей; найбільшу діагностичну групу склали синкопальні стани різного походження (42%); іншими, порівняно частими, діагнозами були фізіологічні неепілептичні стани (8%), нічні кошмари (4%), мігрень (3%), ритуальні рухи, включаючи гратифікацію (2%), різноманітні інших станів, включаючи пароксизмальні рухові порушення, які спостерігалися ще у 8% пацієнтів, у 14 % пацієнтів природа пароксизмів

лишилася недиагностованою [8]. За даними Uldall (2006), 39% дітей, направлених у Датський епілептичний центр, не мали епілепсії; у 17% причиною направлення було припущення, що дитина може страждати на неепілептичні пароксизми; але навіть серед пацієнтів, у яких діагноз епілепсії при направленні не викликав сумніву, в 30% в подальшому природа пароксизмів лишилася недиагностованою [7]. За даними С.О. Айвазяна (2009), серед 1914 пацієнтів дитячого віку з різними видами міоклонусу у 11% дітей діагноз «епілепсія» було виключено [9]. При обстеженні 30 дітей з діагнозом фармакорезистентної епілепсії М.Ю. Коротких та співавтори (2004) у 10% пацієнтів виявили наявність неепілептичних пароксизмів [10]. С.В. Трепилец та співавтори (2007) доповідали, що при поглибленому обстеженні 995 дітей у віці від 1 міс до 3 років у 19% випадків діагноз епілепсії підтверджено не було, з іншого боку, у 6% дітей з попередньо діагностованими неепілептичними нападами було верифіковано епілепсію [11]. З вищенаведених досліджень можна зробити висновок, що у дітей з пароксизмальними розладами епілепсія має місце у меншій кількості випадків, а серед дітей з діагностованою епілепсією і наявністю випадків лише незначна кількість пацієнтів страждає від неепілептичних пароксизмів.

Гіпердіагностика епілепсії набуває значення з трьох основних причин. По-перше, наявність діагнозу епілепсії може завдавати шкоди. Для дітей з діагнозом епілепсії застосовуються обмеження щодо активності; очікування від навчання занижені, перспективи щодо майбутнього працевлаштування обмежені. По-друге, багато пацієнтів з невірно діагностованою епілепсією отримують протиепілептичні препарати [7]. По-третє, коли пацієнт не має вірного діагнозу, пропускаються виліковні стани, такі як пароксизми, що є наслідком психологічних порушень; також іноді лишаються невиявленими небезпечні для життя стани, які можуть перебігати з неепілептичними приступами (синдром подовженого QT інтервалу, який викликає кардіальні синкопе; гіперекплексія). Набагато частіше мають місце доброякісні стани, які не потребують ніякого лікування окрім роз'яснювальної бесіди з батьками щодо природи і сприятливого прогнозу цих станів.

Як зазначає Ferrie (2006), важкість диференційної діагностики епілепсії пояснюється декількома факторами. Має місце хибна тенденція вважати, що епілепсія є однорідним захворюванням. Насправді, коли при діагностиці епілепсії застосовується синдромний підхід (тобто, виділяються певні види епілепсій) вдається виявити нетипові для епілепсії риси і запобігти гіпердіагностиці цього захворювання. Діагностика епілепсії в основному базується на даних анамнезу і, як правило, підтверджуючих тестів не існує. Навіть значення ЕЕГ часто перебільшується, адже лише біля 40–50% дітей з доведеною епілепсією мають епілептиформні прояви на одиничній міжприступній електроенцефалограмі, а 3,5% дітей, у яких ніколи не було епілептичних судом, мають епілептиформні розряди на інтеріктальній ЕЕГ. Вважається, що ЕЕГ помилково описується як «епілептична» у 0,5–2% здорових дорослих [12].

Має місце хибне враження про небезпеку невчасної діагностики епілепсії. Але на сьогодні доведено, що будь-яка затримка з початком лікування епілептичних випадків не має суттєвого впливу на віддалений прогноз лікування і не призводить до розвитку так званої «хронічної епілепсії» [13].

Наступним фактором є малодоступність дійсно ефективного діагностичного об'явлення, такого як відео-ЕЕГ, амбулаторної ЕЕГ-телеметрії, які могли б дозволити виконати іктальні записи у дійсно важких диференційно-діагностичних ситуаціях. Амбулаторний ЕЕГ-моніторинг може бути корисним у дітей з нечастими випадками [14]. С.О. Айвазян та співавтори (2009) при обстеженні за допомогою відео-ЕЕГ моніторингу 785 пацієнтів у віці від 1 міс до 21 року з діагнозом «епілепсія» при направленні встановили, що 151 (19,2%) пацієнт страждав на пароксизми неепілептичного генезу [15]. С.К. Євтушенко та співавтори (2001) при використанні відео-ЕЕГ моніторингу у 12 дітей молодше одного року (коли іноді за клінічними ознаками встановити тип пароксизмів не вдається), верифікували епілептичну природу нападів у п'яти дітей зі здриганнями, у двох — із зупинкою погляду і у одного — з тонічними атаками; у решти (четверо дітей) епілептичний характер нападів було виключено [16].

На сьогодні в Україні відео-ЕЕГ моніторинг використовується не часто і в більшості випадків є недоступним [16, 17, 18]. Крім того, як зазначає Stephenson (2004), при відео-ЕЕГ дослідженні спостерігається невелика частота встановлення діагнозу синкопе, як одного з найбільш частих типів пароксизмальних станів у дітей, які імітують генералізовані епілептичні випадки [19]. Деякі автори навіть вказують на наявність хибних «епілептиформних» розрядів при ЕЕГ-моніторингу [20].

Не дивлячись на розвиток інструментальної діагностики, велике значення в ранній диференціації епілептичних та неепілептичних пароксизмів у дітей мають анамнестичний метод та клінічна характеристика захворювання [17]. Найчастішою причиною помилок є недостатньо ретельний збір анамнестичних даних [1].

Безпосереднє спостереження пароксизмів, коли лікар може об'єктивно зафіксувати факт втрати свідомості пацієнтом, побачити, описати та оцінити характер моторного компонента при пароксизмальному стані, зафіксувати його тривалість, оцінити зміну кольору шкірних покривів, частоту та ритм серцевих скорочень, є дуже інформативним. Інформація може бути отримана при наявності відео запису пароксизмів (як правило, зробленого родичами пацієнта). Останнім часом батьки стають все більш інформованими і інколи навіть при первинному зверненні надають лікареві можливість побачити відео запис нападів, які трапляються з їх дитиною, і цього вже може бути достатньо для постановки діагнозу. Але часто (коли пароксизмальні стани є рідкими та непередбачуваними) записати відео нападів батькам не вдається, або отриманий запис є недостатнім для встановлення діагнозу. Деталізований збір анамнестичних даних дозволяє виділити ключеві риси пароксизмального стану, які разом з віковою приналежністю дитини значно звужують діагностичний пошук і часто є достатніми для встановлення діагнозу. Ретельно зібраний анамнез є ключем до діагнозу і являється набагато кориснішим, ніж будь-яке діагностичне обстеження. Іншими важливими аспектами анамнезу є медикаменти, які могла прийняти дитина, історія розвитку дитини, попередній медичний анамнез, але ці відомості завжди лишаються тільки додатковими до історії власне пароксизмального стану. Недостатня увага до можливих причин

пароксизмальних станів у дітей раннього віку лишається найважливішою причиною передчасного і часто типового діагнозу епілепсії [4].

Клінічні прояви хибних пароксизмальних станів неепілептичного походження у дітей раннього віку.

Якщо у немовляти генералізовані ритмічні посмикування м'язів кінцівок (як правило, рук) або м'язів обличчя згруповані у кластери, повторюються у вигляді серій виключно під час сну, з найбільшою вірогідністю, має місце доброякісний міоклонус сну немовлят. Це — доброякісний феномен, який спостерігається у 2% немовлят, який може з'являтися впродовж перших тижнів життя і, як правило, зникає до шести місяців життя, не потребуючи лікування. У випадку хибної діагностики епілепсії і призначенні протисудомних препаратів (зокрема, фенобарбіталу), стан немовляти може погіршитися аж до необхідності проведення реанімаційних втручань. Тому необхідним є обізнаність щодо доброякісного міоклонусу сну немовлят всіх лікарів, які працюють з новонародженими дітьми. Спалахи міоклоній у кінцівках зникають при пробудженні, або при намаганні розбудити дитину, можуть провокуватися покачуванням немовляти.

Якщо епізоди здригання або згинання із залученням аксиальної мускулатури перебігають під час емоційного збудження дитини, не завдають дитині дискомфорту, дитину можна відволікти від повторення цих рухів, як правило, має місце доброякісний міоклонус немовлят [21]. Інша назва, яка використовується в літературі — доброякісні неепілептичні інфантильні спазми, синдром Феджермана [22]. Пароксизми цього типу можуть бути об'єднані в серії, як правило, вони дебютують у другому півріччі життя, не супроводжуються регресом розвитку; лікування не потребують. Схожі доброякісні стани, але такі, що перебігають з повторними кивками внаслідок атонічного падіння голови немовляти нещодавно описані Carovilla та співав.[23].

Для пролонгованих експіраторних апное (ціанотичних синкопе, афект-респіраторних пароксизмів) діагностично-значущими анамнестичними відомостями є наявність провокуючого фактору у вигляді несподіваного або неприємного (в тому числі більового) стимулу, що викликає плач з подальшим характерним призупиненням дихання (найчастіше на висоті видиху), також миттєва поява при цьому ціанозу шкірних покривів, наступна втрата свідомості та в'ялість; також можуть бути присутніми тонічне напруження м'язів тіла, що призводить до вираженої гіперекстензії з відведенням назад голови та кінцівок і вигинанням тулуба; іноді спостерігаються аритмічні клонічні посмикування кінцівок. Після стогнучого вдиху дитина виглядає оглушеною і зазвичай починає плакати після повернення свідомості. Тривалість цих станів не перевершує однієї хвилини [24].

Так звані бліді афект-респіраторні пароксизми або бліді синкопе за своєю суттю є рефлекторними аноксичними синкопе або рефлекторними асистолічними синкопе, які трапляються внаслідок асистолії рефлекторного походження. Діагностично-значущою анамнестичною відомістю при цих розладах є наявність провокуючого фактору у вигляді несподіваного більового стимулу. Дитина може почати плакати, але плач, як правило є мінімальним, спостерігається швидка втрата свідомості та м'язового тону з вираженою блідістю шкірних покривів та відсутністю пульсу.

Часто спостерігається поза опістотонусу з клонічними аритмічними посмикуваннями кінцівок, очних яблук [24, 25]. Тривалість цих нападів не перевершує однієї хвилини. Літературні дані та власний досвід свідчать, що пролонговані експіраторні апное зустрічаються значно частіше, ніж рефлекторні аноксичні синкопе, але їх буває важко розрізнити; також у одній і тій ж самої дитини можуть мати місце клінічні ознаки обох цих видів пароксизмів.

У випадках, коли тонічне напруження та приведення ніг супроводжується почервонінням шкірних покривів, відмічаються ритмічні розкачування тіла, батьки фіксують відсутній погляд у дитини, але дитину можна відволікти від цієї поведінки, наведені анамнестичні дані свідчать про дитячу мастурбацію. Цей феномен може призводити до хибної діагностики, оскільки у дітей раннього віку пряма стимуляція геніталій руками відсутня. Це явище може спостерігатися у дітей починаючи з перших місяців життя. У власному дослідженні (Nechay et al., 2004) 15 дітей (48%) були у віці менше одного року, коли дебютували їх перші симптоми (середній вік дебюту становив 12,5 місяців), 65% пацієнтів були жіночої статі, тривалість пароксизмів коливалася від тридцяти секунд до двох годин, як правило, вони спостерігалися в ситуаціях, коли дитина ні чим не була зайнята, нудьгувала, часто були пов'язані зі сном; у 29% випадків домашні відеозаписи дозволили встановити вірний діагноз [26]. Батьки можуть надавати перевагу діагнозу гратифікація, самостимулююча поведінка (або навіть доброякісна ідіопатична інфантильна дискінезія) перед терміном інфантильна мастурбація, оскільки цим назвам не притаманні соціальні стигми. Домашні відеозаписи надають найбільшу допомогу у розумінні природи цих пароксизмів і запобігають проведенню непотрібних досліджень та лікуванню у цих дітей.

Якщо під час пароксизмів, які трапляються протягом однієї години після годування, у дитини спостерігається утруднення дихання, потім раптово настає апное і тонічне напруження у всьому тілі, дитина може виглядати наляканою, з найбільшою вірогідністю мова йде про гастроезофагеальний рефлюкс. При цьому, як правило, спостерігається брадикардія. Дистонічні пози, якими можуть супроводжуватися пароксизми, пов'язані з гастро-езофагеальним рефлюксом, відомі під назвою синдрому Сандифера. Підтвердженням цього діагнозу є припинення нападів при пробному застосуванні антагоністів H2 рецепторів, інгібіторів протонної помпи або антацидних засобів.

Гіперекплексія є нечастим пароксизмальним розладом, який характеризується наявністю перебільшеного стартл-рефлексу та м'язового гіпертонусу у відповідь на дію раптових неочікуваних стимулів. Гіперекплексія є генетично детермінованим розладом, спричиненим дефектом гліцерглічної нейротрансмісії [27]. Корисним діагностичним прийомом у дітей раннього віку є відповідь на легке постукування по кінчику носа, що спричиняє швидке відхилення голови назад разом зі стартл-індукованим згинанням верхніх кінцівок. Важливим є відсутність зникання при повторному проведенні цього прийому. При гіперекплексії у немовлят м'язовий гіпертонус призводить до дихальних порушень і апное. Спонтанно або у відповідь на тактильний або акустичний стимул немовля починає переривчасто плакати, потім замовкає, спостерігається наростаюча ригідність та ціаноз. Якщо розвивається глибока гіпоксія, можуть спостерігатися неепілептичні спазми та сечовипускання,

що є проявом аноксичних судом, які можуть бути фатальними. Вчасно проведений маневр Віджевано (форсоване згинання тіла немовляти) дозволяє врятувати життя, коли довготривале напруження перешкоджає диханню.

Альтернуюча геміплегія дитячого віку відноситься до хвороб раннього дитячого віку, при якій спостерігаються напади геміплегії з одного або іншого боку, або симетрично білатерально. Найчастіше атаки геміплегії дебютують у віці 6 – 18 міс і супроводжуються вегетативними феноменами, але тонічні епізоди та напади ністагму (який може бути монокулярним), зазвичай починаються ще у перші місяці життя. Пароксизми геміплегії та/або тетраплегії трапляються 1-2 рази на тиждень, можуть супроводжуватися тонічними або дистонічними атаками, окоруховими порушеннями (епізодичний страбізм, монокулярний ністагм), хореоатетозом, плачем або вегетативними симптомами. Напади завжди припиняються при засинанні дитини і відсутні відразу після просинання. Неепілептичні прояви у дітей з альтернуючою геміплегією включають порушення розвитку, м'язову гіпотонію, хореоатетоз та атаксію. Гарячі або теплі ванни, сильні емоції, фізична втома можуть провокувати напади альтернуючої геміплегії. Захворювання є прогресуючим, зокрема у початковому періоді. До теперішнього часу його етіологію не встановлено, але судинні, метаболічні та спадкові механізми (каналопатії) можуть грати роль у розвитку даного захворювання [28]. Спеціальні методи дослідження є неінформативними, але при підозрі на судинну патологію (хвороба Моя- моя), необхідно проводити МРТ головного мозку з ангіографією. Для лікування альтернуючої геміплегії дитячого віку застосовуються блокатори кальцієвих каналів; бензодіазепіни можуть бути ефективними для припинення нападів та скорочення їхньої частоти; також рекомендується обмеження дії провокуючих факторів.

Іншою причиною пароксизмів з втратою свідомості, які можуть бути небезпечними для життя (бути причиною раптової смерті), є порушення серцевого ритму, зокрема, синдром подовженого QT інтервалу. Цей стан може проявлятися як синкопе і часто хибно діагностуватися як генералізована епілепсія [24, 28]. Характерні анамнестичні дані дозволяють запідозрити цей діагноз: пароксизми трапляються під час фізичних вправ та навантаження або при просинанні, особливо, коли дитина налякана раптовим дзвінком або будильником; під час епізоду відмічається блідість або ціаноз шкірних покривів; період відновлення короткий та характеризується почервонінням.

ВИСНОВКИ

Дана робота мала на меті привернути увагу до проблеми диференційної діагностики епілепсії та неепілептичних пароксизмальних станів у дітей раннього віку. З наведеного огляду витікає, що:

- Більшість пароксизмальних станів, які трапляються у дітей раннього віку, є неепілептичними за своїм походженням.
- Більшість неепілептичних станів (але не всі) носять доброякісний характер.
- Більшість з них спостерігається у дітей раннього віку з нормальним розвитком, але майже всі вони можуть зустрічатися у дітей з затримкою розвитку або поведінковими порушеннями.

- Ретельний анамнез та відеозапис пароксизмів, а також досвід та обізнаність лікаря про клінічну картину різних пароксизмальних станів у дітей є найбільш вагомими для встановлення вірного діагнозу; інші методи дослідження, такі як ЕЕГ та МРТ головного мозку повинні застосовуватися з обережністю, оскільки існує високий ризик хибно позитивних результатів.

- Більшість пароксизмальних станів неепілептичного походження не потребують ніякого медикаментозного втручання, а психологічна підтримка та заспокоєння сім'ї є основним у лікуванні.

Варто пам'ятати, що майже при всіх описаних у даній статті станах єдиним джерелом небезпеки для дитини може стати лікар, який не здатен розпізнати неепілептичну природу станів дитини і призначає препарати, що порушують функції головного мозку дитини (в т.ч. протиепілептичні препарати).

Література

1. Белоусова Е. Л. Трудности дифференциальной диагностики эпилепсии / Е. Л. Белоусова. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2006, 6: 13–18.

2. Мартинюк В. Ю. Означення епілептіології дитячого віку в практиці лікаря-педіатра. Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. К. 2001, 10 (2): 602–612.

3. Fejerman N. Nonepileptic disorders imitating generalized idiopathic epilepsies. *Epilepsia*. 2005, 46 (9): 80–83.

4. Cross H. Differential diagnosis of epileptic seizures in infancy including the neonatal period. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013, 18 (4): 192-195. Epub 2013 Apr 30.

5. Schwartzkroin P. A. Cellular bases of focal and generalized epilepsies. *Handb. Clin. Neurol*. 2012, 107: 13–33.

6. Obeid M., Mikati M. A. Expanding spectrum of paroxysmal events in children: potential mimickers of epilepsy. *Pediatr. Neurol*. 2007, 37 (5): 309–316.

7. Uldall P., Alving J., Hansen L. K. et al. The misdiagnosis of epilepsy in children admitted to a tertiary epilepsy centre with paroxysmal events. *Arch. Dis. Child*. 2006, 91 (3): 219–221.

8. Hindley D., Ali A., Robson C. Diagnoses made in a secondary care “fits, faints, and funny turns” clinic. *Arch. Dis. Child*. 2006, 91 (3): 214–218.

9. Айвазян С. О. Дифференциальный диагноз эпилептического и неэпилептического миоклонуса у детей. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2009, 1: 28–36.

10. Коротких М. Ю., Зенков Л. Р. Факторы фармакорезистентности эпилепсии у детей. *Неврол. журнал*. 2004, 6: 19–25.

11. Трепилец С. В., Петрухин А. С., Осипова О. В. Диагностика эпилепсии у детей раннего возраста в амбулаторной практике. *Вестн. Рос. гос. мед. университета*. 2007, 5: 44–50.

12. Ferrie C. D. Preventing misdiagnosis of epilepsy. *Arch. Dis. Child*. 2006, 91 (3): 206–209.

13. Shinnar S., Berg A. T. Does antiepileptic drug therapy prevent the development of “chronic” epilepsy? *Epilepsia*. 1996, 37 (8): 701–708.

14. Гнездицкий В. В., Захаров С. М., Корепина О. С., Кошурникова Е. Е. Современные технологии длительного мониторинга ЭЭГ и полиграфических показателей в неврологической практике (ЭЭГ-холтер в неврологической практике). *Аналы клин. и эксперим. неврологии*. 2009, 1: 25–34.

15. Айвазян С. О., Ширяев Ю. С., Головтеев А. Л. и др. Неинвазивный видео-ЭЭГ-мониторинг в диагностике фокальной эпилепсии у детей. Журн. Вопр. нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2009, 1: 33–41.
16. Євтушенко С. К., Омеляненко А. А., Євтушенко О. С., Мезенцев Є. М. Відео - ЕЕГ – моніторинг в диференційній діагностиці пароксизмальних станів у дітей. Соціальна педіатрія. Розділ : Медико – соціальні аспекти реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. К. 2001, 1: 291–292.
17. Нечай А. Ф. Застосування електроенцефалографії при обстеженні дітей раннього віку з виниклими вперше в житті пароксизмами минущої втрати свідомості. Ліки України плюс. 2010, 4: 35–37.
18. Зозуля І. С., Нечай А. Ф. Диференційна діагностика генералізованої форми епілепсії та неепілептичних пароксизмів у дітей раннього віку : метод. рек. Нац. мед. акад. післядиплом. освіти імені П.Л. Шупика. К. 2011.
19. *Epilepsy in children* / ed. by S. J. Wallace, K. Farrell. – 2nd ed. – London : Arnold ; New York, NY : Oxford University Press. 2004, 30.
20. Canavese C., Canafoglia L., Costa C. et al. Paroxysmal non-epileptic motor events in childhood: a clinical and video-EEG-polymyographic study. *Dev. Med. Child Neurol.* 2012, 54 (4): 334–338.
21. Caraballo R. H., Capovilla G., Vigevano F. et al. The spectrum of benign myoclonus of early infancy: clinical and neurophysiologic features in 102 patients. *Epilepsia.* 2009, 50 (5): 1176–1183.
22. Dravet C., Giraud N., Bureau M. et al. Benign myoclonus of early infancy or benign non-epileptic infantile spasms. *Neuropediatrics.* 1986, 17 (1): 33–38.
23. Capovilla G., Montagnini A., Peruzzi C., Beccaria F. Head atonic attacks: a new type of benign non-epileptic attack in infancy strongly mimicking epilepsy. *Epileptic Disord.* 2013, 15 (1): 44–48.
24. Stephenson J.B.P. *Fits and faints.* London. Mac Keith Press. 1990.
25. Нечай А. Ф., Ченіра Л. С., Лящук Т. Я. Випадок асистолії у дитини з нейрогенними синкопальними станами. *Соврем. педіатрія.* 2005, 3: 189–191.
26. Gratification disorder (“infantile masturbation”): a review / A. Nechay, L. M. Ross, J. B. Stephenson, M. O’Regan. *Arch. Dis. Child.* 2004, 89 (3): 225–226.
27. Mineyko A., Whiting S., Graham G.E. Hyperekplexia: treatment of a severe phenotype and review of the literature. *Canadian Journal of Neurological Sciences.* 2011, 38: 411–416.
28. King M.D., Stephenson J.B.P. *A handbook of neurological investigations in children.* London. Mac Keith Press. 2009.

А.Ф. Нечай

Проблема дифференциальной диагностики эпилепсии и неэпилептических пароксизмальных состояний у детей раннего возраста

Киевская городская детская клиническая больница №1

Введение. Неэпилептические состояния у детей раннего возраста являются распространенными нарушениями, которые часто имитируют эпилептические припадки и требуют дифференциальной диагностики.

ПРОБЛЕМНИ ПИТАННЯ

Цель. Обобщение современных литературных данных касательно дифференциальной диагностики эпилепсии и неэпилептических расстройств у детей раннего возраста для привлечения внимания медицинского сообщества к существующей проблеме.

Материалы и методы. Проведен анализ отечественных и зарубежных статей в периодических медицинских журналах, монографий, руководств, посвященных вопросу дифференциальной диагностики эпилепсии и неэпилептических пароксизмов у детей раннего возраста за период 1990 – 2013 г.г.

Результаты. В статье представлено состояние проблемы дифференциальной диагностики эпилепсии и пароксизмальных состояний неэпилептического генеза на современном этапе, доказана ее актуальность на основании имеющегося во всем мире высокого уровня гипердиагностики эпилепсии, который достигает 20-30% даже в высоко развитых странах. Описаны клинические проявления неэпилептических состояний, которые часто встречаются в раннем детском возрасте.

Выводы. Сделаны выводы, что тщательный анамнез и видеозапись являются наиболее значимыми для постановки правильного диагноза, большинство пароксизмальных состояний неэпилептического происхождения не требуют никакого медикаментозного вмешательства, а психологическая поддержка и успокоение семьи являются основой лечения.

Ключевые слова: ранний детский возраст, эпилепсия, неэпилептические приступы, дифференциальный диагноз.

A.F. Nechai

Problem of differential diagnosis of epilepsy and non – epileptic paroxysmal events in infancy

Kiev city children's clinical hospital N1

Introduction. Non-epileptic paroxysmal events in infancy are frequent, imitate epilepsy and demand differential diagnosis.

Objective. Generalizing up to date data on differential diagnosis of epilepsy and non – epileptic events in infancy for coming into notice of medical society.

Material and methods. Medical articles, monographs and textbooks regarding differential diagnosis of epilepsy and non-epileptic events in infancy dated 1990 – 2013 have been analyzed and summarized.

Results. The actuality of problem of differential diagnosis of epileptic and non-epileptic paroxysmal events in infancy have been proven on the base of high level of hyperdiagnosis of epilepsy (up to 30% in well – developed countries). Clinical symptoms of non – epileptic events have been briefly described.

Conclusions. Precise history and video recordings are of most help for correct diagnosis, most of non – epileptic events do not need any medication, psychological support and reassurance of family are the essential treatment.

Key words: infancy, epilepsy, non-epileptic events, differential diagnosis.