

Н.С. Зайцева¹, О.В. Зайцева¹, В.Г. Черкасов², И.С. Стрижова²,
Т.Г. Завикторина^{1,2}, Ю.С. Рождественская¹

КОМПЛЕКСНАЯ ЭТАПНАЯ ДИАГНОСТИКА КРИПТОГЕННОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ 10 МЕСЯЦЕВ

¹Кафедра педиатрии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, ²ГБУЗ «ДГКБ Св. Владимира ДЗМ», Москва, РФ

Клинический случай иллюстрирует трудности междисциплинарной диагностики криптогенной фокальной эпилепсии у мальчика 5 лет 10 месяцев, сопряженные с разнообразием симптоматики при фокальных формах, зависящим от локализации очага в коре головного мозга. Диагностированная у ребенка криптогенная височнотемпоролевая (справа) эпилепсия с частыми (до 10–20 раз в сутки) фокальными аутомоторными приступами с не всегда выраженным тонико-клоническим компонентом в правой половине лица маскировалась за симптоматикой рвот, трактуемых как проявления гастроэнтерологической патологии, прежде всего гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Верифицированный диагноз позволил начать эффективную противосудорожную терапию, потребовавшую коррекции в динамике лечения в связи с возникшими осложнениями.

Ключевые слова: дети, криптогенная фокальная эпилепсия, диагностика.

Цит.: Н.С. Зайцева, О.В. Зайцева, В.Г. Черкасов, И.С. Стрижова, Т.Г. Завикторина, Ю.С. Рождественская. Комплексная этапная диагностика криптогенной фокальной эпилепсии у ребенка 5 лет 10 месяцев. Педиатрия. 2016; 95 (5): 172–175.

N.S. Zaytseva¹, O.V. Zaytseva¹, V.G. Cherkasov², I.S. Strizhova²,
T.G. Zaviktorina^{1,2}, Y.S. Rozhdestvenskaya¹

COMPLEX STAGE DIAGNOSIS OF CRYPTOGENIC FOCAL EPILEPSY IN A CHILD AGED 5 YEARS 10 MONTHS

¹Pediatrics Department, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov;
²St. Vladimir's Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia

The clinical case illustrates difficulties of interdisciplinary diagnostic of cryptogenic focal epilepsy in a boy aged 5 years 10 months, combined with a variety of symptoms in focal forms, depending on the localization of lesions in the brain cortex. Diagnosed cryptogenic right temporal epilepsy with frequent (up to 10–20 times a day) focal seizures with not always expressed tonic-clonic component in the right facehalf, that were masked by vomiting symptoms, treated as gastroenterological diseases, namely gastroesophageal reflux disease. Verified diagnosis allowed to start an effective anticonvulsant therapy, that required adjustment during the treatment due to complications.

Keywords: children, cryptogenic focal epilepsy, diagnosis.

Quote: N.S. Zaytseva, O.V. Zaytseva, V.G. Cherkasov, I.S. Strizhova, T.G. Zaviktorina, Y.S. Rozhdestvenskaya. Complex stage diagnosis of cryptogenic focal epilepsy in a child aged 5 years 10 months. *Pediatrics*. 2016; 95 (5): 172–175.

Контактная информация:

Зайцева Надежда Станиславовна – к.м.н., доц.
каф. педиатрии ГБОУ ВПО «МГМСУ
им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ
Адрес: Россия, 127473, г. Москва,
ул. Делегатская, 20, стр. 1
Тел.: (499) 268-81-58 (62-22),
E-mail: Zaitseva.ns@gmail.ru
Статья поступила 9.03.16,
принята к печати 30.06.16.

Contact Information:

Zaitseva Nadezhda Stanislavovna – Ph.D., Associate
Professor of Pediatrics Department, Moscow State
University of Medicine and Dentistry named
after A.I. Evdokimov
Address: Russia, 127473, Moscow,
Delegatskaya str., 20/1
Tel.: (499) 268-81-58 (62-22),
E-mail: Zaitseva.ns@gmail.ru
Received on Marh. 9, 2016,
submitted for publication on Jun. 30, 2016.

Фокальные формы эпилепсии у детей являются наиболее распространенными и встречаются с частотой 8,17 на 100 000 детей, составляя абсолютное большинство — до 68—77,1% всех случаев эпилепсии в педиатрической практике [1], причем около половины из них, по разным исследованиям, относится к криптогенным формам [2, 3]. Разнообразие симптоматики при фокальных формах эпилепсии зависит от локализации очага избыточных нейрональных разрядов коры головного мозга, что создает объективную основу для многообразия клинических проявлений [4, 5], включая вегетативно-висцеральные симптомы и определяя существование разнообразных соматических масок этого неврологического заболевания [6]. Приводимый клинический случай иллюстрирует трудности, возникающие в клинической практике в процессе постановки диагноза.

Мальчик К., 5 лет 10 мес, от II беременности (I — мальчик 11 лет, здоров), протекавшей с повышением артериального давления, от II срочных самостоятельных родов в лицевом предлежании. Вес при рождении 3910 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В неонатальном периоде диагностирована кефалогематома теменной области без признаков перинатального поражения головного мозга. Раннее развитие протекало без отклонений от нормы. В возрасте 3 лет была травма затылочной области, обследовался в МДГКБ, данных за ушиб и сотрясение головного мозга не выявлено.

В декабре 2013 г., в возрасте 4 лет 2 мес, на фоне течения острого бронхита с сильным кашлем у мальчика были отмечены эпизоды позывов к рвоте с отделением густой слюны преимущественно в ночное время, которые связали со скоплением мокроты в связи с текущим воспалительным процессом. Получал антибиотикотерапию, тем не менее клиника сохранялась в течение месяца. В мае 2014 г. эпизоды позывов к рвоте с отделением густой слюны возобновились, продолжались в течение 2 недель, отмечались единичные ночные эпизоды, закончились внезапно. Симптомы появились снова в январе 2015 г.: в течение 2 недель были только ночные рвоты до 2 раз за ночь, затем появились дневные приступы до 2 раз в день. Консультирован гастроэнтерологом по месту жительства, получал симптоматическую терапию, через 2 месяца приступы прекратились. 5 июля 2015 г. после погрешности в питании отмечался эпизод рвоты едой с примесью слизи, и симптоматика возобновилась. В августе отмечена рвота с прожилками крови. Со временем количество ночных приступов увеличилось (до 4 за одну ночь), иногда они сопровождалась подергиванием правого глаза. С 16.08 по 21.08.15 мальчик находился в педиатрическом отделении ДГКБ им. З.А. Башляевой с диагнозом «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь? Аномалия развития желудка: каскадный желудок. Дискинезия двенадцатиперстной кишки. Синдром Арнольда–Киари 1 типа». С 21.08 по 27.08.15 обследовался в отделении торакальной хирургии ДГКБ Св. Владимира. Хирургической патологии пищевода и желудка не выявлено. С 27.08 по 2.09.15 был обследован в отделении психоневрологии ДГКБ им. З.А. Башляевой с диагнозом «Синдром вегето-висцеральных нарушений». С целью

исключения хирургической патологии 2.09.15 мальчик переведен в хирургическое отделение ДГКБ Св. Владимира. Хирургической патологии выявлено не было. Для уточнения диагноза ребенок был обследован в гастроэнтерологическом отделении больницы с 3.09 по 9.09.15 г.

При поступлении в отделение предъявлялись жалобы на повторные позывы к рвоте и на рвоту в течение суток, не всегда связанные с приемом пищи. В отделении состояние ребенка оценено как средне-тяжелое. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 117 см, масса тела 25 кг (со слов сопровождавшей ребенка тети, мальчик потерял в массе за последние 2 месяца около 2 кг). Объективно в соматическом статусе при осмотре патологии не выявлено. В неврологическом статусе — в сознании, общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Контактен, ориентация в пространстве сохранена. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Вегетативная нервная система: дермографизм розовый, гиперсаливация, гипергидроз дистальный умеренно выраженный. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

Во время первичного осмотра ребенка в отделении у мальчика внезапно появились позывы на рвоту, рвотные движения, сопровождавшиеся обильным слюноотделением с последующим сплевыванием густого слизистого отделяемого, при сохранении сознания и контакта ребенка с окружающими. При наблюдении ребенка в динамике в течение суток выявлены также отдельные пароксизмы с клонией периорбитальных мышц правого глаза и клонусами правой руки. При уточнении анамнеза к моменту описываемого стационарного обследования количество ночных пароксизмов рвоты у ребенка, не связанных с приемом пищи, достигало 4–6 эпизодов. Позднее тетей мальчика были предоставлены видеозаписи приступов рвоты, сделанные ей на планшете в домашних условиях и в период предшествующих госпитализаций ребенка в августе 2015 г. (рис. 1). Просмотр видеозаписей позволил уточнить анамнестические данные о клинической характеристике приступов, длившихся приблизительно от 30 с до максимально 1 мин 30 с и в зависимости от тяжести сопровождавшихся перекосом угла рта вправо, зажмуриванием правого глаза, гиперсаливацией со сплевыванием, ороалиментарными автоматизмами, иногда подергиванием правого века.

Ребенок 4.09.15 был консультирован неврологом. Анамнез заболевания с характеристикой приступов в сочетании с данными объективного соматического и неврологического осмотра позволили предположить у ребенка с отсутствием очаговой неврологической симптоматики и нормальным психомоторным развитием наличие криптогенной фокальной эпилепсии. Дополнительное инструментальное обследование включало ЭЭГ, МРТ, УЗДГ с повторной консультацией невролога, а также УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, эзофагогастроуденоскопию, фиброларингоскопию, были проведены общеклинические лабораторные исследования.

На ЭЭГ (4.09.15) выявлена эпилептиформная активность в затылочных областях с двух сторон и в височной области справа (рис. 2).

На МРТ (7.09.15) очаговые изменения отсутствовали, синдром Арнольда–Киари был исключен. При УЗДГ сосудистые мальформации, нарушение скоростных и резистивных характеристик мозгового кровотока не выявлен. Таким образом, на основании жалоб пациента, данных анамнеза, осмотра, дополнительных методов обследования был поставлен основной диагноз: криптогенная фокальная эпилепсия. Также при ЭГДС были выявлены эндоскопические признаки умеренно выраженного катарального эзофагита, распространенного гастрита, дуоденита, при фиброларингоскопии – гиперемия межчерпаловидной области и входа в пищевод, эпизоды фарингеального и ларингеального рефлюкса, что было расценено как вторичные изменения на фоне основного заболевания, также была выявлена деформация желчного пузыря (перегиб в области тела).

Для проведения суточного ЭЭГ-видеомониторинга с целью верификации диагноза и подбора противосудорожной терапии ребенок был переведен 9.09.15 в НПЦ помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы.

Видео-ЭЭГ-мониторинг 24 ч с записью ночного и дневного сна от 11.09.15 позволил зарегистрировать 8 приступов в бодрствовании и во сне, длительностью 1–1,5 мин с перекосом угла рта вправо, зажмуриванием правого глаза, гиперсаливацией со сплевыванием, ороалиментарными автоматизмами, вокализацией, иногда подергиванием правого века и элементами ажитации. Все приступы на ЭЭГ сопровождалась появлением быстроволновой активности, полиспайков, комплексов пик–медленная волна в правой височной (Т4) или височно-центральной области (Т4С4).

С учетом данных анамнеза, клиники фокальных аутомоторных приступов с тонико-клоническим компонентом в правой половине лица до 15–20 в сутки, данных видео-ЭЭГ-мониторинга (регистрация региональной эпилептиформной активности в структуре регионального продолженного замедления), отсутствия изменений на МРТ головного мозга и очаговой симптоматики в неврологическом статусе ребенку установлен диагноз: «эпилепсия криптогенная фокальная (височнодолевая справа), с частыми приступами. Нельзя исключить дебют затылочной идиопатической эпилепсии; синдром вегетативной дисфункции по смешанному типу». Верификация диагноза позволила начать лечение [7, 8] мальчика препаратами вальпроевой кислоты (Депакин хроносфера) [9] с 14.09.15 с коррекцией противосудорожной терапии при проведении фармакомониторинга назначением карбамазепина (Финлепсин) с 22.09.15. На фоне проведенного лечения отмечена выраженная положительная динамика состояния ребенка в виде полного купирования приступов с 28.09.15. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии 1.10.15 на подобранной дозе противоэпилептических препаратов под наблюдение невролога по месту жительства с рекомендациями регистрации родителями ребенка пароксизмальных состояний при их повторении и проведения видео-ЭЭГ-мониторинга в динамике по месту жительства.



Рис. 1. Ребенок во время приступа.



Рис. 2. Рутинная ЭЭГ пациента от 4.09.15: эпилептиформная активность в правой височной области и затылочных областях с обеих сторон.

Таким образом от момента манифестации первых симптомов заболевания до постановки диагноза ребенку прошел 1 год 8 мес, при этом последние 1,5 мес этого периода мальчик без перерыва находился на обследовании в различных отделениях стационаров. От появления предположительного диагноза криптогенно-фокальной эпилепсии до его верификации прошла 1 неделя и еще 2 недели противосудорожной терапии, на которой полностью купировались все судорожные проявления.

Катамнез ребенка в течение 4 месяцев после постановки диагноза и начала терапии показал, что, несмотря на хороший клинический эффект сразу после назначения противосудорожной терапии, она вызвала у ребенка выраженное эмоциональное возбуждение. В ноябре 2015 г. на фоне продолжения приема препаратов Депакин хроносфера и Финлепсин у мальчика возникла тяжелая токсико-аллергическая реакция с проявлениями в виде генерализованной крапивницы и отека Квинке. Ребенок находился на лечении в МДГКБ, произведена коррекция противосудорожной терапии с отменой препаратов вальпроевой кислоты и карбамазепина и назначением топирамата (Топамакс) [1, 10], постоянный прием которого продолжается с декабря 2015 г. Пароксизмальные проявления у мальчика отсутствуют, эмоционально уравновешен. Сохраняется, хотя значительно уменьшилась гиперсаливация в дневное время, в ночное время иногда отмечаются причмокивания. В конце января 2016 г. ребенок находился на плановом обследовании и лечении в отделении психоневрологии № 1 НПЦ помощи

детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы. При проведении видео-ЭЭГ-мониторинга 12 ч с записью ночного сна зафиксирована положительная динамика патологического процесса на фоне лечения в виде отсутствия региональной эпилептиформной активности при сохранении продолженного регионального замедления. Контрольное стационарное обследование ребенку будет проводиться каждые 6 месяцев.

В феврале 2016 г. родители планируют возобновить посещение ребенком детского сада, с ноября 2015 г. мальчик ходит 3 раза в неделю заниматься по 1,5 ч в

группу подготовки к школе, готовясь к поступлению в школу осенью 2016 г.

Приведенный клинический случай демонстрирует значимость комплексной оценки анамнестических данных, объективной оценки статуса ребенка и преемственности в проведении дополнительных методов обследования между врачами различных специальностей для своевременной диагностики криптогенной фокальной эпилепсии и раннего начала адекватной противосудорожной терапии.

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Сивкова С.Н., Зайкова Ф.М. Эффективность антиэпилептических препаратов новой генерации в терапии криптогенных и симптоматических фокальных форм эпилепсии у детей. Вестник современной клинической медицины. 2013; 6 (2): 23–26.
2. Болдырева С.Р. Имеет ли значение локализация очага при выборе терапии фокальной эпилепсии? Клиническая эпилептология. 2010; 1: 7–15.
3. Морозов Д.В. Вероятность наследования и особенности эпилепсии у детей от родителей с эпилепсией. Практическая медицина. 2014; 78 (2): 60–63.
4. Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Петрухин А.С. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. 3-е изд. М.: ООО «Системные решения», 2014: 353–364.
5. Одинак М.М., Свистов Д.В., Прокудин М.Ю. и др. Клиническая семиология приступов при височной эпилепсии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2012; 4 (2): 34–39.
6. Белоусова Е.Д., Гапонова О.В., Горханова З.К. и др.

Дифференциальный диагноз эпилепсии. В кн.: Эпилепсия. Н.Г. Незнанова, ред. СПб.: 2010: 652–700.

7. Карлов В.А. Лечение эпилепсии. В кн.: Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. В.А. Карлов, ред. М.: Медицина, 2010: 631–659.

8. Мухин К.Ю., Пылаева О.А., Глухова Л.Ю. и др. Основные принципы лечения эпилепсии. Алгоритм выбора антиэпилептических препаратов. Русский журнал детской неврологии. 2014; 9 (4): 30–39.

9. Белоусова Е.Д. Российское наблюдательное исследование эффективности и переносимости пролонгированного вальпроата натрия (Депакина Хроно) в качестве первой монотерапии в лечении парциальной эпилепсии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2010; 55 (1): 69–76.

10. Болдырева С.Р., Ермаков А.Ю. Сравнительная эффективность карбамазепина, препаратов вальпроевой кислоты и топирамата при височной медиальной эпилепсии у детей. Журнал неврологии и психиатрии. 2010; 110 (4): 41–47.

РЕФЕРАТЫ

СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Задача исследования – определить наличие депрессии у детей с хронической болезнью почек и оценить связь интеллектуального и образовательного уровня пациентов с качеством жизни, связанным со здоровьем (КЖСЗ). Выборку исследования составили пациенты в возрасте 6–17 лет с хронической болезнью почек, участвовавшие в Исследовании Детских Депрессий (Children's Depression Inventory), заполнившие тест Векслера на оценку интеллекта и индивидуальных достижений и Детскую анкету на оценку базовых показателей качества жизни. Регрессионный анализ выявил связь между состоянием депрессии и такими характеристиками пациентов, как интеллектуальный и образовательный уровень и КЖСЗ. Для оценки взаимосвязи между наличием депрессии и долгосрочными изменениями скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и периодов заместительной почечной терапии использовались линейная смешанная модель и модель Вейбулла. В исследовании приняли участие 344 пациента. У 18 (5%) имелись выраженные симптомы депрессии, еще

7 (2%) получали лечение от депрессии. В скорректированном анализе уровень образования родителей после окончания средней школы был связан с более низкими показателями депрессивных состояний (5%, ДИ 95%, 0,92–0,99). Депрессия часто была связана с более низким уровнем интеллекта (99 против 88, $p=0,053$), малыми жизненными достижениями (95 против 77,5, $p<0,05$) и низким КЖСЗ по оценке родителей и ребенка (оценка эффекта –15,48; ДИ 95% от –28,71 до –2,24 и –18,39; ДИ 95% от –27,81 до –8,96 соответственно). Наличие депрессии не было связано с изменениями СКФ. Дети, страдающие депрессией, имели более низкие физические и интеллектуальные навыки и более низкое КЖСЗ. Выявление и лечение депрессии следует оценивать как средство повышения успеваемости и КЖСЗ детей с хронической болезнью почек.

Amy J. Kogon, Matthew B. Matheson, Joseph T. Flynn, Arlene C. Gerson, Bradley A. Warady, Susan L. Furth, Stephen R. Hooper. The Journal of Pediatrics. 2016; 168: 164–170.