

Я.Е. Акчурина, С.В. Савинов, Е.М. Кислякова, И.Ю. Ситников, Ж.Е. Утебеков,
И.Ф. Чулкова, Л.В. Трубачева, А.К. Казакедова, Ю.С. Александрова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

SVS Лаборатория изучения эпилепсии, судорог и семейного мониторинга
имени В.М. Савинова (www.svs.kz)
Общественное Объединение SVS Nevro (www.svsnevro.kz)
Ассоциация врачей нейрофизиологов Казахстана (www.nsi.kz)

During working period of SVS Laboratory of epilepsy, convulsive diseases research and of family monitoring named after V.M. Savinov 12500 patients was examined with directional diagnosis epilepsy. According to International standards the examination included longitudinal video EEG monitoring, EEG with stress tests, detection anticonvulsant's level in serum, MRI, CT, PET etc. As a result in 12% cases the diagnosis epilepsy was changed into syncope, hysterical attacks, sympathoadrenal crises etc. In article we demonstrate a case of continuous inadequate treatment of anticonvulsant's without any efficiency due incomplete examination of patient. After detailed examination in SVS Laboratory of epilepsy, convulsive diseases research and of family monitoring named after V.M. Savinov the diagnosis epilepsy was abolished. Macro –adenoma of suprarenal gland was revealed which was the reason of non-epileptic paroxysms significantly impaired quality of life. This article demonstrates a necessity in-depth study patients with latest medical techniques and a necessity of knowledges in allied medical trades.

Key words: epilepsy, adrenal macroadenoma, seizures

Введение

Благодаря работам SVS Лаборатории изучения эпилепсии, судорожных состояний и семейного мониторинга имени Савинова В.М. (www.svs.kz) и Ассоциации врачей нейрофизиологов и эпилептологов Казахстана (www.nsi.kz), получили стремительное развитие нейрофизиология, эпилептология и возможности дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний.

Отсутствие таких обследований как длительное холтеровское мониторирование и длительное видео ЭЭГ мониторирование приводило либо к гиподиагностике, когда не определялась эпилептическая активность во время обследования, либо к гипердиагностике, когда к эпилепсии причисляли не эпилептические пароксизмальные состояния. [3, 4, 5, 6, 10, 11, 16, 18, 19].

В литературе очень много посвящено вопросу дифференциальной диагностики на основании клиники, а так же видео ЭЭГ мониторинга и длительного холтер ЭЭГ. [1, 2, 3, 4, 6, 9, 15, 16, 18, 20].

Но, несмотря на это у нас, в Казахстане, еще не в полном объеме используются данные методы обследования. Это происходит по нескольким причинам:

1-ая причина – недостаточная укомплектованность соответствующей аппаратурой лечебных учреждений.

2-я - неосведомленность врачей о современных методах исследований и недостаточная квалификация интерпретировать полученные данные.

Мы приводим клинический пример, иллюстрирующий необходимость глубокого исследования нейрофизиологии, эндокринологии,

клинических данных, а так же правильность построения алгоритма обследования.

Материалы и методы

Представляется клинический случай пациентки Т. 35 лет. Жалобы при обращении: на слабость, приступы внезапных падений с частичным нарушением дыхания и полной потерей сознания.

Приступу предшествует ощущение онемения руки, постепенное напряжение их дистальных отделов. После приступов немеет язык, нарушается слух и речь, общая слабость, тремор рук, обильное мочеиспускание, ощущение бегания мурашек в конечностях, голове. Ощущения в руках прохождения тока. Продолжительность от нескольких минут до нескольких часов. Пароксизмы полной утраты движений и чувствительности в ногах. Отмечаются скачки систолического артериального давления во время приступов или до них с 80 до 150 мм.рт.ст. Провоцирующее действие оказывает физическая, эмоциональная нагрузка, учащенное дыхание.

Врачом РКБ был выставлен диагноз Эпилепсия. Фокальная.

Назначен карбамазепин – без эффекта, затем депакин и отдельно от него грандоксин, с непродолжительным эффектом в виде отсутствия приступов в течение 2-х мес. Далее назначены: амитриптиллин, конкор, топамакс - так же с временным улучшением. Но после отмены амитриптиллина приступы рецидивировали.

С диагнозом резистентная форма эпилепсии пациентка направлена к нам в SVS Лабораторию изучения эпилепсии и судорожных состояний

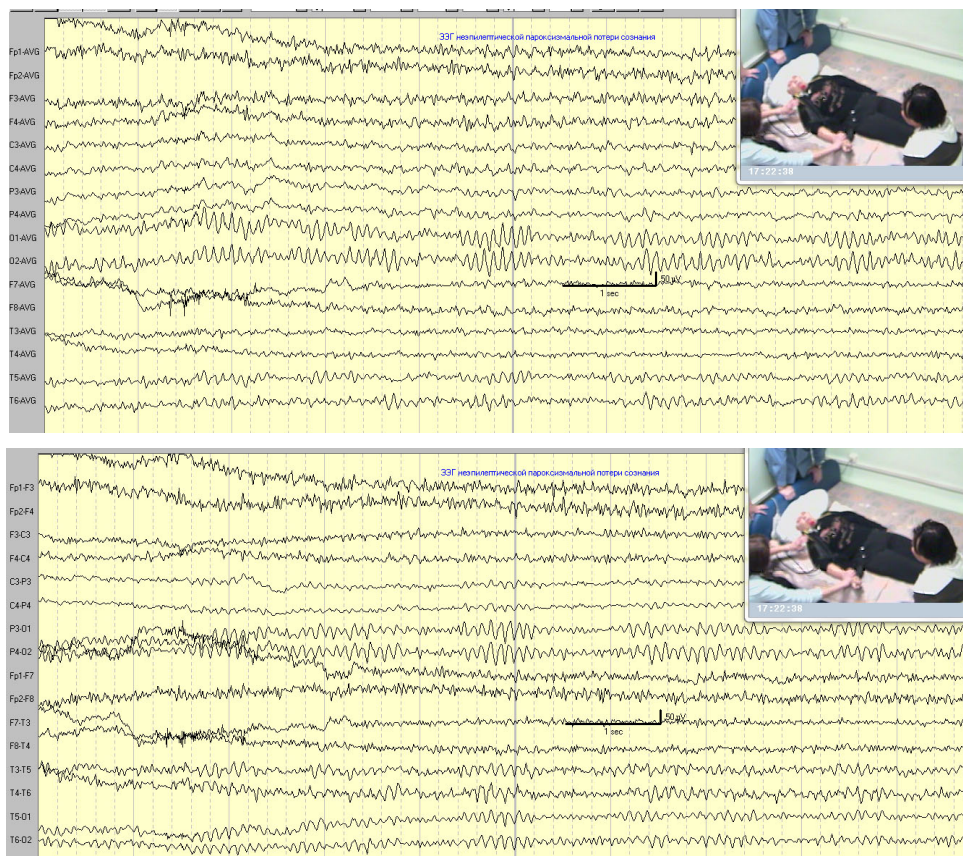
имени В.М. Савинова.

Во время суточного ЭЭГ мониторинга, на фоне отсутствия приема противосудорожной терапии, не было зарегистрировано приступов потери сознания. Эпилептиформной активности на записи так же не выявлено.

С целью дифференцировки пароксизмальных не эпилептических состояний было рекомендовано более углубленное обследование в виде длительного, многосуточного ээг мониторинга, с депривацией сна и физическими нагрузками. Возобновление противоэпилептической терапии не рекомендовано.

На восьмые сутки ээг мониторинга был зарегистрирован приступ во время которого биоэлектрическая активность головного мозга не претерпевает никаких изменений, и соответствовала картине расслабленного бодрствования с закрытыми глазами.

Визуально обследуемая лежит с закрытыми глазами, дыхание через трубку, которую ей обычно вставляют при начале приступа, дыхание от поверхностного до шумного с храпом. На электроде суммарной ЭКГ нарушений ритма не выявлено. Признаков остановки дыхания нет. Периорального и акроцианоза не наблюдается. АД 130/80, 140/80, 110/70. Пульс не меняется, в пределах 65-70 уд/мин. Сахар крови 5,4 ммоль/л.



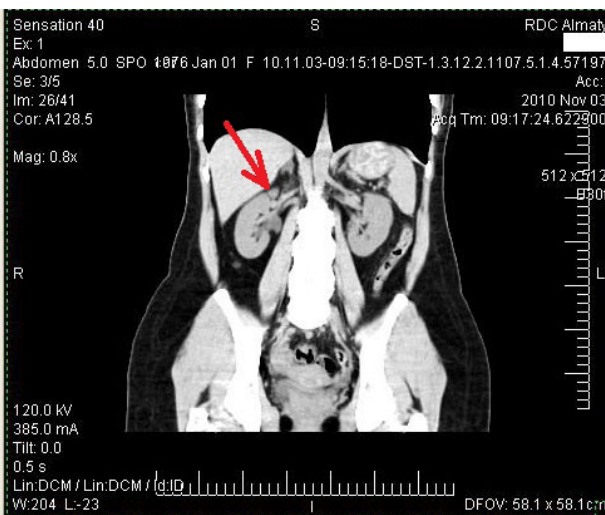
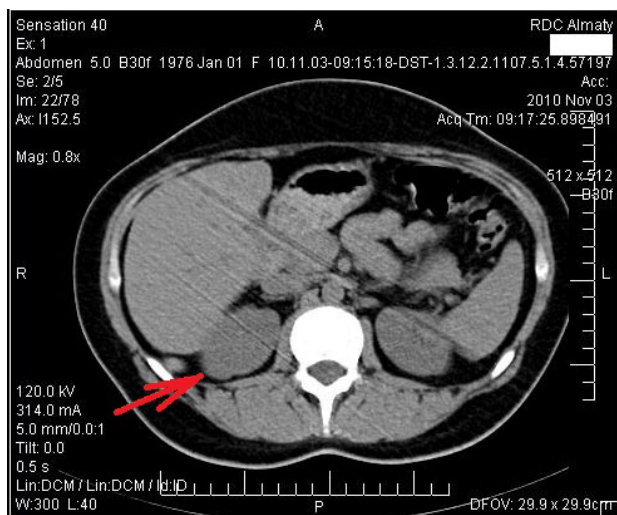
То. по результатам приступной ЭЭГ подтвержден не эпилептический характер пароксизма.

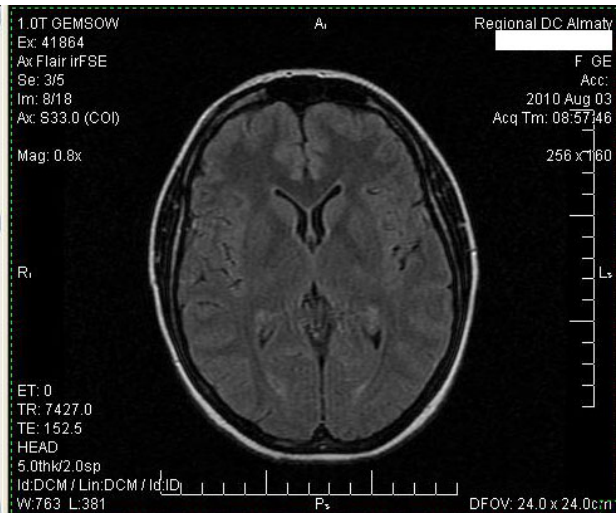
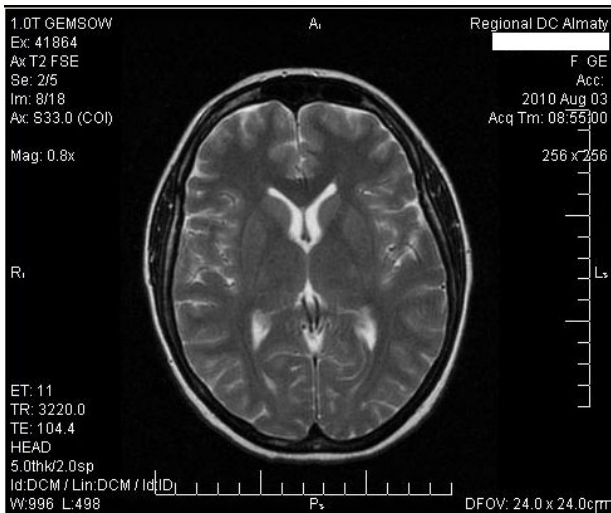
На основании лабораторных данных клиники была заподозрена опухоль надпочечников, которая была подтверждена с помощью КТ.

КТ органов брюшной полости от 3/11/2010: КТ – картина макроаденомы правого надпочечника.

Пациентке так же проводилось МРТ головного мозга, холтеровское ээг мониторинг, консультация офтальмолога.

МРТ головного мозга от 3/08/2010: Экстрацеребральные ликворные пространства





несколько расширены. Объем желудочков несколько увеличен, симметричность сохранена. Заключение: Признаки энцефалопатии.

Холтер ЭКГ: Колебания суточного ритма со склонностью к тахикардии в дневное время максимальная ЧСС 163. Других значимых изменений в работе сердца выявлено не было.

Офтальмолог: ДЗН: бледно-розового цвета, границы четкие, вены без особенностей, артерии резко сужены.

ВГД без особенностей.

Сужение полей зрения по концентрическому типу.

Гормоны щитовидной железы, пролактин и кальций крови в пределах нормы.

Биохимический анализ крови с электролитами, общий анализ крови и мочи в пределах нормы.

На основании данных жалоб, дополнительных методов обследования выставлен **диагноз:**

Пароксизмальные состояния на фоне макроаденомы надпочечника (первичного гиперальдостеронизма).

Даны рекомендации по отмене необоснованной противосудорожной терапии, назначена седативная терапия и оперативное лечение по поводу макроаденомы надпочечника.

До решения вопроса об оперативном лечении опухоли рекомендована терапия верошпироном (спироналоктоном) на фоне которого в дальнейшем отмечалось улучшение состояния с

уменьшением частоты приступов без полного их купирования.

Выводы

При обследовании пациентов с пароксизмальными состояниями, сопровождающимися потерей или нарушением сознания, судорогами, а так же амбулаторными автоматизмами необходимо проводить исследования, включающие в обязательном порядке следующие пункты:

1. длительное ЭЭГ видео мониторинг, с записью приступного периода, с использованием нагрузочных проб, стресс ЭЭГ-ЭКГ и ЭЭГ с одновременным проведением проб Ашнера, Вебера.

2. эндокринологическое исследование гормонов щитовидной железы, надпочечников (кортизол, адреналин) и гипофиза (пролактин, окситоцин, адреналин), проведение гликемического профиля, анализов крови на кальций, печеночные, почечные пробы.

3. МРТ головного мозга включая МРТ в режиме визуализации сосудов и КТ головного мозга для визуализации кальцификатов.

4. УЗДГ сосудов шеи.

5. При возникновении изменений характерных для поражения эндокринной системы КТ надпочечников, поджелудочной железы и МРТ гипофиза по показаниям. [1-20]

ЛИТЕРАТУРА

- Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней /руководство для врачей, СПб 2001.
- Вейн А.М., Дюкова Г.М. и соавт. Панические атаки. Руководство для врачей, Москва 2004.
- Гузева В.И. Эпилепсия и не эпилептические пароксизмальные состояния у детей/Москва 2007.
- Евтушенко С.К., Омеляненко А.А. Клиническая электроэнцефалография у детей/ Донецк 2005.
- Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология 2-е издание, Москва 2010.
- Зенков Л.Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства/руководство для врачей, Москва 2007.
- Калинин А.П., Майстренко Н.А. Хирургия надпочечников/Москва 2000.
- Кулаичев А.П. Компьютерная электрофизиоло-

- гия и функциональная диагностика/Москва 2007.
9. Кохен М., Даффнер П., Детская неврология перевод с английского под редакцией проф. Петрухина А.С./Москва 2010.
 10. Кислякова Е.М, Савинов С.В., Акчурина Я.Е.Синицына Т.Н., Ситников И.Ю., Кайруллаев К.К., Смирнова О.Ю., Чулкова И.Ф., Утебеков Ж.Е., Данияр Ж.Д. Протоколы проведения ЭЭГ при обследовании пациентов с эпилепсией. Первая часть – алгоритм ЭЭГ исследований пациентов с Роландической, Идиопатической парциальной эпилепсией с затылочными пароксизмами и синдромом псевдо Леннокса.// Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана» Астана 2010,- №1(18) с. 21-34.
 11. Кислякова Е.М., Акчурина Я.Е. и соавт. Протоколы нейрофизиологического обследования и ведения пациентов с некоторыми генерализованными формами эпилепсии (продолжение)// Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана» Астана №3 (20), 2010, с.116-127.
 12. Лавин Н. Эндокринология 1999.
 13. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни/Учебник для медицинских ВУЗов, Москва 2005.
 14. Мишнев О.Д., Щеголев А.И., Патологическая анатомия опухолей надпочечников/Москва 2005.
 15. Петрухин А.С. Эпилептология детского возраста /руководство для врачей, Москва 2000.
 16. Петров А.В., Жарылгапова А.Ш., Акчурина Я.Е., и соавт. Клинико-функциональные критерии дифференциальной диагностики пароксизмальных расстройств эпилептического и неэпилептического характера. // Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана» Алматы 2007,- №21(8) с. 57-61.
 17. Скоромец А.А. Соматоневрология. Руководство для врачей, СПб 2009.
 18. Ситников И.Ю., Кислякова Е.М., Акчурина Я.Е. и соавт. К вопросу о правомерности постановки диагноза «симптоматическая эпилепсия» при некоторых формах аномалий сосудов виллизиева круга.//Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана» №4(21), Астана 2010
 19. Темина П.А., Никанорова М.Ю. Эпилепсии и судорожные синдромы у детей// руководство для врачей, Москва 1999.
 20. Шустов С.Б. Синкопальные состояния в клинической практике/СПб 2009.
 21. Шабалов Н.П. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей, 2002.

Тұжырым

«В.М. Савинов атындағы жанұялық мониторинг және эпилепсия мен құрысып – тырысу жағдайларын зерттеу «SVS Лабораториясында» жүргізілген жұмыс уақытында эпилепсия диагнозымен жіберілген 12500 науқас халықаралық стандарт бойынша ұзақ уақыт ЭЭГ-лық мониторинг, қан құрамындағы эпилепсияға қарсы дәрі-дәрмектердің деңгейін анықтау, МРТ, КТ, ПЭТ және т.б. әдістерді қолдану арқылы тексерілді. Соның нәтижесінде он екі пайыз тексерілген науқастарды эпилепсия диагнозы алынып, синкопалдық жағдай, симпато-адреналдық дағдарыс, психогендік дағдарыс және т.б. диагноздар қойылады. Бұл мақалада науқас адамдарға толық емес зерттеу қаптамасы негізінде клиникалық нәтижесіз ұзақ уақыт негізсіз эпилеп-

сияға қарсы емделген науқас адамның жайында клиникалық жағдай келтірілген. «В.М Савинов атындағы эпилепсия және құрысып- тырысу жағдайларын зерттеу мен жанұялық мониторинг жасау «SVS Лаборатория» базасында жан -жақты тексеру нәтижесінде бұл науқаста эпилепсия диагнозы толығымен алынып тасталды. Науқастың бүйрек үсті безінің, макроаденома табылып, осы дерт параксизмалды жағдайлардың себебіне және оның өмір сапасын нашарлатқаны анықталды. Бұл мақала науқастарды терең, жан-жақты заманауи жаңа аспапты әдістер мен аралас нозология бөле отырып, тексеру керек екендігін тағы да дәлелдейді .

Негізгі сөздер: эпилепсия, бүйрек үсті безінің макроаденомасы, құрысқақтар.

Резюме

За время работы SVS лаборатории изучения эпилепсии, судорожных состояний и семейного мониторинга им. В.М. Савинова 12500 пациентов, направленных с диагнозом эпилепсия, были обследованы по международным стандартам, с проведением длительного ЭЭГ мониторинга, стресс ЭЭГ мониторинга, определения уровня противосеипептических препаратов в крови, МРТ, КТ, ПЭТ и др. В результате чего у 12% обследуемых был снят диагноз эпилепсия и выставлены диагнозы: синкопальные состояния, симпатоадреналовые кризы, психогенные кризы и т.д. В статье представлен клинический случай, при котором в результате неполного протокола исследования пациентка получила длительное

время необоснованную противосеипептическую терапию без клинического эффекта. После проведенного всестороннего обследования на базе SVS лаборатории изучения эпилепсии, судорожных состояний и семейного мониторинга им. В.М. Савинова диагноз эпилепсия был снят полностью. Выявлена макроаденома надпочечника, являющаяся причиной пароксизмальных состояний значительно ухудшающих качество жизни пациентки. Даная статья указывает еще раз на необходимость глубокого обследования пациента с использованием новейших инструментально-аппаратных методов и знаний смежных нозологий.

Ключевые слова: эпилепсия, макроаденома надпочечников, судороги.