

УДК 616.853-053.2-07:[616-073.97:004]

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕО-ЭЭГ-МОНИТОРИНГА У ДЕТЕЙ
С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ***Скуратова Н. А.^{1,2}, Сиз М. А.¹, Победин Д. А.²***¹Учреждение**

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

²Учреждение образования«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь***Введение***

Диагностика причин пароксизмальных состояний и эпилепсии у детей часто представляет большие трудности [1, 2, 3]. Видео-ЭЭГ-мониторинг относится к непрерывной электроэнцефалографии (ЭЭГ), записанной в течение более или менее продолжительного периода времени с одновременной видеозаписью клинических проявлений. Имея корреляцию записанного поведения (видео) и ЭЭГ, можно точно диагностировать эпилептические припадки или неэпилептические приступы почти во всех случаях [2, 4].

Цель

Обосновать использование видео-ЭЭГ-мониторинга у детей с неясными пароксизмальными состояниями на основании описания клинического случая.

Материал и методы исследования

Ниже представлен клинический случай пациента с судорожным синдромом неясной этиологии, направленного на обследование в неврологическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» (У «ГОДКБ»).

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент Артем К., возраст 11 месяцев, госпитализирован с жалобами на приступы «обмякания», сопровождающиеся задержкой дыхания на высоте плача. Данные приступы отмечаются с 9-месячного возраста, 1–2 раза в месяц.

Анамнез жизни: мальчик от 2 беременности, протекавшей на фоне хронического пиелонефрита матери, 2 срочных родов. Течение родов физиологическое. Масса тела при рождении — 2820 г, длина тела — 52 см, окружность головы (ОГ) — 31 см. Оценка по шкале Апгар — 9/9 баллов. В раннем неонатальном периоде физиологическая желтуха. Из роддома выписан на 7-е сутки, привит по календарю. Аллергоанамнез без особенностей, из ранее перенесенных заболеваний — ОРИ. При поступлении состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики, подкожно-жировая клетчатка развита хорошо. Кожа чистая, бледно-розовая. В легких дыхание пуэрильное, частота дыхания — 32 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 122 уд/мин. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: черепные нервы (ЧН) без очаговых знаков, нистагма нет, язык по средней линии, оральные рефлексы редуцированы, мышечный тонус ближе к физиологическому. ОГ — 41 см, большой родничок (БР) 1 × 1 см, на уровне костных краев, сухожильно-периостальные рефлексы (СПР) одинаковы справа и слева (D = S), разведение бедер свободное. Переворачивается сам, садится, сидит, не ходит. Контрактур нет. Психические реакции по возрасту. Проведены следующие обследования.

Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи: без патологии. Электрокардиограмма (ЭКГ): ритм синусовый, нерегулярный, ЧСС 78 уд/мин, брадикардия, ЭОС вертикальная. Холтеровское мониторирование (ХМ): основной ритм — синусовый, в течение суток зарегистрированы эпизоды остановки синусового узла с макс. паузой ритма до 4750! мс (на высоте приступа во время плача), в течение суток регистри-

ровались эпизоды синусовой брадикардии с ЧСС 68–70 уд/мин, преходящая АВ-блокада 1 ст., 2 эпизода АВ-блокады 2 ст. Мобитц 1, синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). Средняя ЧСС составила: 115 уд/мин (возрастная норма 130 ± 6). Всего зарегистрировано 5 пауз ритма, обусловленных эпизодами синус-ареста. УЗИ сердца: двустворчатый аортальный клапан с регургитацией I степени. УЗИ-нейросонография (НСГ): минимальная внешняя гидроцефалия, жидкость по конвексам 5–7 мм. ЭЭГ: диффузные изменения корковой активности, на фоне которых в передне-центральных отделах преимущественно правого полушария регистрируются группы медленных колебаний, острые волны, комплекс острая-медленная волна с невысоким индексом. При открытых глазах нерезко выражены диффузные нарушения корковой ритмики дизритмичного характера с появлением в затылочно-задневисочных отделах полушарий коротких фрагментов слабо модулированного альфа-ритма частотой 7–8 Гц, редких вспышек генерализованной тета-волновой активности. Эпилептиформной активности в ходе исследования не зарегистрировано.

Видео-ЭЭГ-мониторинг: Продолжительность составила 40 минут. Основная ритмика по частотно-амплитудной структуре соответствует возрасту, отмечены признаки ее нерезко выраженной дезорганизации с усилением во время беспокойства. Зарегистрированы пароксизмы внезапных падений на бок и на спину, которые сопровождались «растерянным взглядом», капризным и беспокойным поведением, также зафиксированы однократный эпизод резких кивков головы и «выгибания» с поворотом головы влево, которые прекращались быстро, и пациент продолжал играть с игрушками. При всех выше описанных пароксизмах на ЭЭГ типичной эпилептиформной активности не зарегистрировано. Зафиксированный эпизод аффективно-респираторного приступа сопровождался появлением в отведении ЭКГ паузы сердечных сокращений длительностью около 4 секунд, «уплощением» фоновой ЭЭГ с появлением медленноволновых колебаний.

Пациенту выставлен клинический диагноз: Судорожный синдром неясной этиологии (R 56.8. Другие и неуточненные судороги). Малая аномалия развития сердца: двустворчатый аортальный клапан с регургитацией I ст. Нарушение ритма сердца: синусовая брадикардия, СА-блокада 2 ст., синус-арест, АВ-блокада 2 ст. НК 0 ст.

В лечении назначена противосудорожная терапия (депакин), кардиотрофная терапия, массаж, лечебная физкультура. За время пребывания в стационаре приступы не повторялись, поведение активное. Выписан под наблюдение педиатра, невролога и кардиолога по месту жительства.

Вывод

Диагностика причин пароксизмальных состояний у детей сложна и требует тщательного комплексного обследования. На основании описания клинического случая пациента с судорожным синдромом неуточненного генеза обосновано использование видео-ЭЭГ-мониторинга, как высокоинформативного метода диагностики, позволяющего провести дифференциальную диагностику приступов у детей, тем самым верифицировать диагноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зенков, Л. Р.* Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии / Л. Р. Зенков. — М.: «МЕДпресс-информ», 2002. — 368 с.
2. *Ковеленова, М. В.* Диагностическое значение ЭЭГ сна у детей с фебрильными судорогами / М. В. Ковеленова, В. П. Рожков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 2. — С. 44–50.
3. *Леонтьева, М. В.* Новые возможности диагностики синкопальных состояний у детей / М. В. Леонтьева // Вестник перинатологии и педиатрии. — 2005. — № 1. — С. 23–27.
4. *Чучин, М. Ю.* Неэпилептические пароксизмы в детском возрасте / М. Ю. Чучин // Педиатрия. — 2005. — № 6. — С. 32.