

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

«*Ольга*» *Решаева* 2019 г.

Регистрационный № 135 - 1119

МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИЛЕПСИИ И
ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»

Авторы: к.м.н. Веевник Е. В.; д.м.н., профессор Лихачев С.А.; Дымковская М. Н.; Наумовская Н. А.

Минск, 2019

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод дифференциальной диагностики эпилепсии и психогенных неэпилептических приступов, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на диагностику эпилепсии и психогенных неэпилептических приступов (G40, F44, F45).

Метод предназначен для врачей-неврологов, врачей-психиатров-наркологов, медицинских психологов и иных специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями в амбулаторных и (или) стационарных условиях и (или) в условиях отделения дневного пребывания.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДК – диагностическая карта;

МРТ ГМ – магнитно-резонансная томография головного мозга;

ПНЭП – психогенные неэпилептические приступы;

РПС – рецидивирующие пароксизмальные состояния;

ЭФТ – эпилепсия с фармакорезистентным течением;

ЭЭГ – электроэнцефалография.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Эпилепсия с фармакорезистентным течением.
2. Психогенные неэпилептические приступы.
3. Рецидивирующие пароксизмальные состояния при условии исключения причин, которые могут объяснить их возникновение (синкопы, метаболические нарушения, эндокринная патология).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Соответствуют таковым для применения медицинских изделий и лекарственных средств, необходимых для реализации метода, изложенного в данной инструкции.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РЕАКТИВОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Комплекс для регистрации ЭЭГ;

Комплекс для проведения амбулаторного мониторинга ЭЭГ, видео ЭЭГ мониторинга;

МРТ (мощность томографа не менее 1,5 Тл);

Опросники ситуативной и личной тревожности Спилбергера, депрессии Бека, субъективной оценки астении MFI-20, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (MMPI) – бумажный вариант,

Диагностическая карта для объективизации когнитивного статуса (бумажный цветной вариант). Секундомер либо любое устройство с наличием функции секундомера.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

При наличии: ЭФТ, ПНЭП, РПС в случае отсутствия корреляции между клинико-электро-нейровизуализационными данными проводится диагностический комплекс в соответствии со схемой (рисунок).

1. Клинико-неврологическое обследование.
2. МРТ г.м. по эпилептологическому протоколу – если ранее не проводилась.
3. Стандартная ЭЭГ, включая ЭКГ-отведение, с видеонаблюдением.
4. ЭЭГ с депривацией сна.
5. Амбулаторный мониторинг ЭЭГ (холтер ЭЭГ).
6. Объективизация психического статуса:
 - когнитивный профиль (ДК, приложение А);

- тип личности;
 - эмоционально-волевая сфера.
7. Анализ наличия предикторов появления ПНЭП (приложение Б).
 8. Длительный мониторинг ЭЭГ (видео-ЭЭГ мониторинг):
 - а) клинические события (приступы)* зарегистрированы;
 - б) клинические события (приступы)* не зарегистрированы.

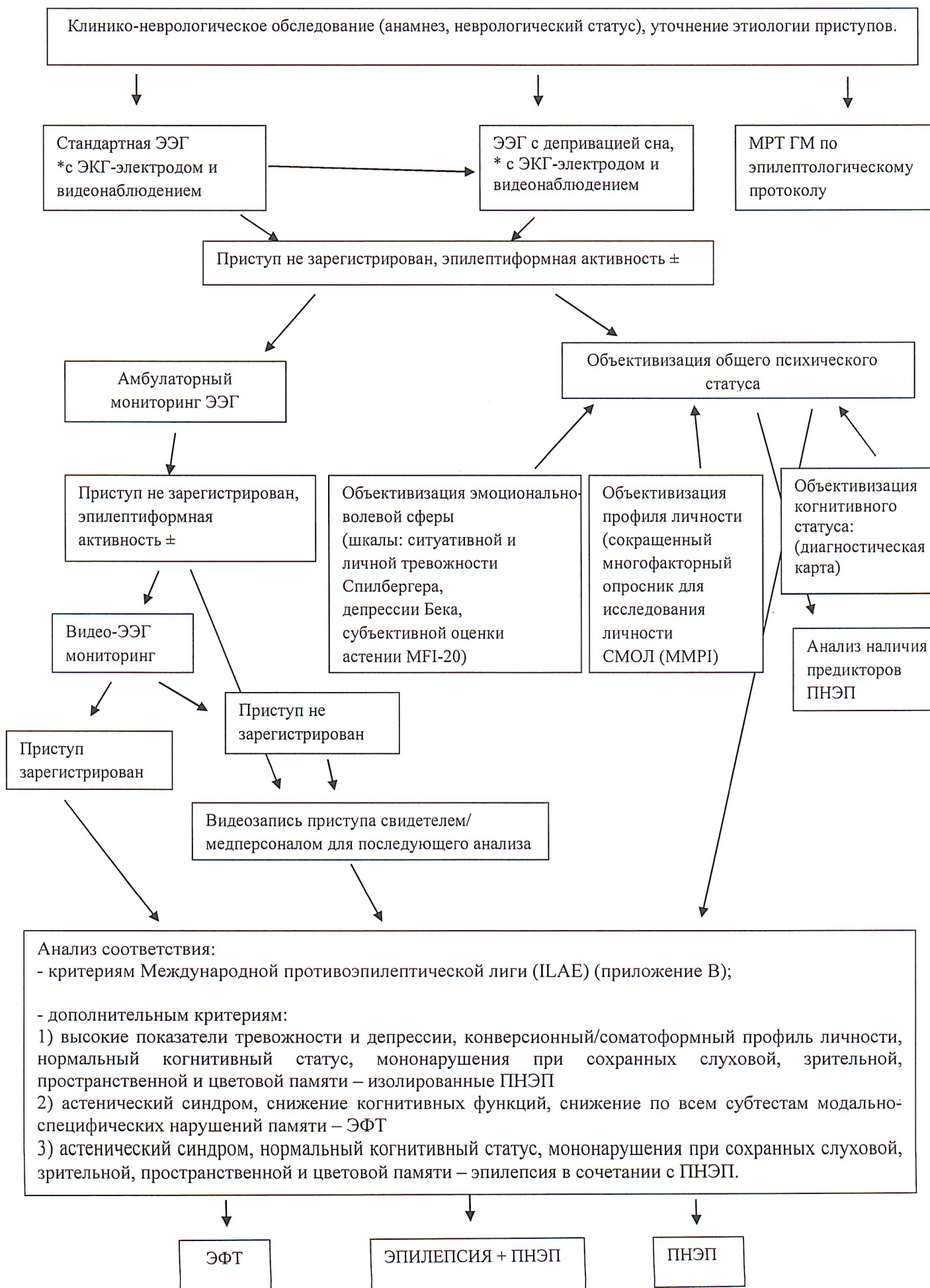
**необходимо регистрировать все, имеющиеся у пациента, типы приступов.*
 9. Непосредственное наблюдение приступа либо видеозапись приступа свидетелем приступа/медперсоналом для последующего анализа врачом-неврологом, специализирующемся на пароксизмальных расстройствах в случае, если клинические события (приступы) не зарегистрированы.
 10. Анализ соответствия: критериям Международной противозепилептической лиги (приложение В) и дополнительным критериям ЭФТ и ПНЭП.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При соблюдении требований к отбору пациентов для обследования осложнений не выявлено.

Ошибки технического характера – неправильная установка электродов, отсутствие записи канала, наличие наводки и т.д., что требуют устранения для проведения корректной записи.


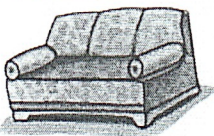



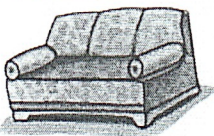



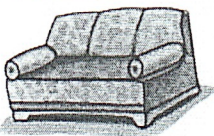


Рисунок – Метод диагностики эпилепсии с психогенными неэпилептическими приступами



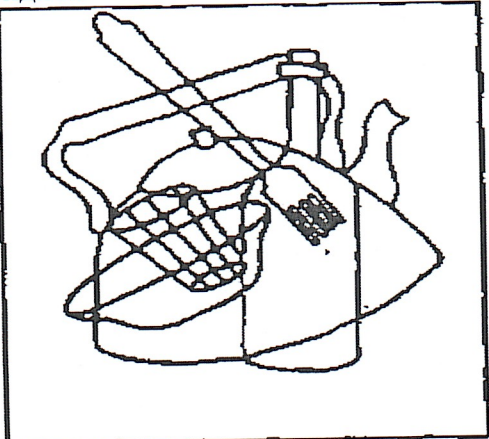
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАРТА _____

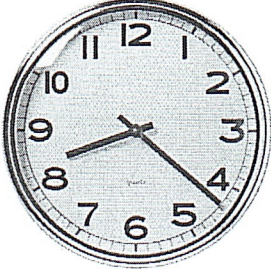
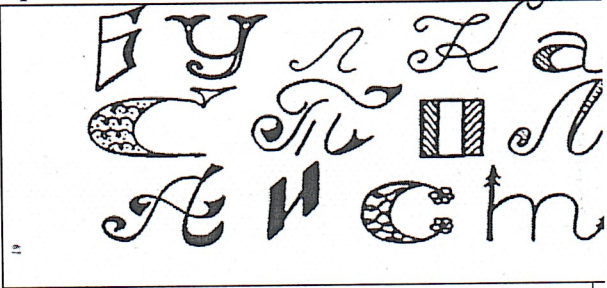

ФИО _____

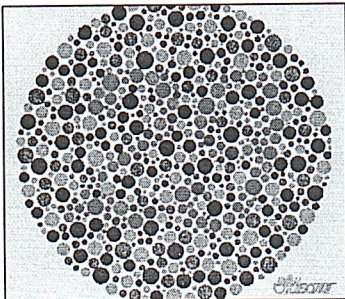
Дата рожд. _____ Пол__ Дата обл. _____

Нарушение	Зона, область мозга	Тестовые пробы	Оценка выполнения												
АФФЕРЕНТНЫЕ АФАЗИИ (ПОЛУЧЕНИЕ ИМПУЛЬСОВ ИЗВНЕ)															
1. Сенсорная афазия/ афазия Вернике	Задняя треть височной извилины левого полушария. Поля 41,42,22	<p>1. Назовите предметы.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>2. Письмо под диктовку: Оппозиц. фонемы: дочка-точка Оппозиц. артикулемы : стол-стон-слон Сложные слова: кораблекрушение</p>					<p>0/1</p> <p>0/1</p> <p>0/1</p> <p>0/1</p>								
															
															
2.Акустико – мнестическая афазия	Средние отделы коры левой височной области, верхние отделы 21-го и частично 37- го полей.	<p><i>1. Заучивание и воспроизведение серии слов: Дом, лес, стол, кот, ночь, игла, пирог, звон, мост, крест.</i></p> <p>Припоминание их через 20 минут.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>ч/20мин</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Норма – 10-7 слов Легкое снижение – 6-5 слов Умеренное снижение – 4-3 слова Выраженное снижение – менее 3 слов</p>	1	2	3	4	5	ч/20мин							<p>3/3</p> <p>2/2</p> <p>1/1</p> <p>0/0</p>
1	2	3	4	5	ч/20мин										
3.Оптико-мнестическая афазия	Задненижние отделы височной области (у правшей), нижние отделы 21-го и 37-го полей на конвексительной поверхности	<p>Назвать предметы (из п.1))</p>	<p>0/1</p>												

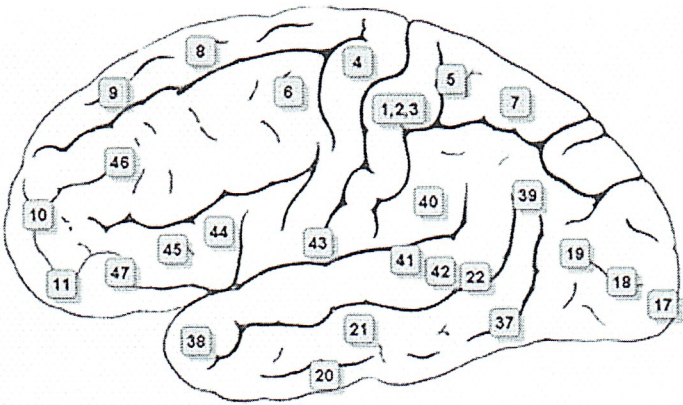
	полушария и задненижние отделы 20-го поля на конвекситальной и базальной поверхностях мозга		
4.Афферентная моторная афазия	Нижние отделы теменной области мозга (у правшей), 40-го поля, примыкающего к 22-му и 42-му полям	1. Письмо под диктовку. Письмо сложного слова. (см.п.1) 2. Поднимите брови, нахмурьте брови	0/1 0/1
5.Семантическая афазия	Зона ТРО - область коры на границе височных, теменных и затылочных отделов мозга: 37-го и частично 39-го полей слева, относится к третичным областям коры, или к заднему ассоциативному комплексу.	1. Показать карандашом ключ. Ключом карандаш. 2. Объясните значение слов: мамина дочка	0/1 0/1
ЭФФЕРЕНТНЫЕ АФАЗИИ			
6.Эфферентная моторная афазия (афазия Брока)	Нижние отделы коры премоторной области - 44-го и частично 45-го полей	Повторите: сыворотка из-под простокваши	0/1
7.Динамическая афазия	Области, расположенные вблизи от зоны Брока - 9, 10, 46-е поля премоторной области коры спереди и сверху	Закройте глаза и за 1 минуту назовите слова на букву «с» Более 9 слов 7-9 слов 6-4 слова Менее 4 слов	3 2 1 0
8.Псевдоафазии (занимают)	Глубокие подкорковые	Воспроизведение 10 слов (см.п.2)	0/1/2/3

особое место и связаны с повреждением глубоких подкорковых зон)	зоны - ядра таламуса		
	Глубокие подкорковые зоны - мозолистое тело	Закройте глаза.левой рукой ощупайте предмет. Назовите его. Из чего он сделан. (дать ощупать ключ)	0/1
АПРАКСИИ			
9.Кинестетическая апраксия	Нижние отделы постцентральной области коры, 1, 2, частично 40-го полей преимущественно левого полушария.	Покажите: поманить, пригрозить, зажечь спичку.	0/1
10.Пространственная апраксия или апрактоагнозия	Теменно-затылочные отделы коры на границе 19-го и 39-го полей	Покажите: поманить, пригрозить, зажечь спичку.	0/1
11.Кинетическая апраксия	Нижние отдела премоторной области коры (6-го, 8-го полей)	Кулак-ребро-ладонь	0/1/2
12.Префронтальная или регуляторная апраксия	Конвекситальная префронтальная кора кпереди от премоторных отделов	Выстукивать ритм. Если я ударю 1 раз – вы 2 раза. Если я 2 раза-вы 1 раз. 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2 Правильно выполнил Не более 2 ошибок Много ошибок Копирование ритма	3 2 1 0
АГНОЗИИ			
13.Предметная агнозия	Затылочно-теменные отделы мозга, 18е, 19е поля, нижняя часть	Назовите все предметы, которые вы видите. 	0/1

14.Оптико-пространственная агнозия	18, 19 поля верхней части	Сколько времени на этих часах. 	0/1
15.Буквенная агнозия	Граница затылочно-височной зоны, поражение нижней части "широкой зрительной сферы"	Прочитайте. 	0/1
16.Цветовая агнозия	Левая затылочная зона и прилегающие к ней области	Назовите какого цвета трава, снег.	0/1
17.Симультанная агнозия	Передние отделы левой затылочной области (у правшей)	(см.п.13)	0/1
18.Лицевая агнозия	Поражение задних отделов правого полушария (у правшей)	Кто здесь изображен. 	0/1
19.Тактильно-предметная агнозия или астереогноз	Поражение нижних постцентральных областей коры, которые граничат с	Узнать предмет на ощупь. Ключ. (см.п.8)	0/1
20.Агнозия тектуры		Из чего этот предмет. Ключ.	0/1

21.Пальцевая агнозия	зонами	Закройте глаза.левой рукой возьмите указательный палец на правой руке.	0/1
22.Тактильная алексия	представитель ства руки и лица, 1, 2, частично 5, 39, 40 поля	Написание цифр на тыльной стороне руки и их узнавание.	0/1
23.Соматоагнозия	Повреждение верхнетеменной области, 1, 2, частично 5 поля	Дотроньтесь левой рукой до правого уха.	0/1
24.Слуховая или акустическая агнозия	Поражение ядерной зоны слухового анализатора, 41, 42, 22 поля	Закройте глаза. Послушайте, что я делаю. Расскажите. (похлопать в ладоши)	0/1
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ (модально специфические)			
25.Нарушения слухоречевой и зрительно-речевой памяти	Поражения левого полушария мозга (у правшей)	См.п.2	0/1/2/3
26.Нарушения слуховой памяти	Поражения правого полушария мозга	См.п.24	0/1
27.Нарушения зрительной памяти	Поражение задних отделов правого полушария (у правшей)	См.п.18	
28.Нарушения пространственной и цветовой памяти	Поражения теменно-затылочных отделов	Что здесь нарисовано 	0/1
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ (модально неспецифические)			
29.	- Поражение дизэнцефального уровня (гипофиза)	Запомните: стол-окно-цветок Запомните: дверь-роза-балкон Назовите первые три слова.	0/1
	- Поражение лимбической системы (лимбической)	Заучивание слов См.п.2	0/1/2/3

	коры, гиппокампа, миндалины и др.)		
	- Поражение медиальных и базальных отделов лобных долей мозга	Повторение серии слов см.п.2	0/1
ВНИМАНИЕ модально специфические нарушения			
30.Зрительное невнимание	Поражения затылочной области коры. Задние отделы правого полушария	См.п.13	0/1
31.Слуховое невнимание	Поражения височной области коры, поражение слуховой анализаторной системы	(Одновременно сказать слово и постучать по столу ручкой) Что вы слышите?	0/1
32.Тактильное невнимание	Поражения преимущественно правой теменной доли	Методика двойной тактильной стимуляции Г.Тойнбера (одновр. касание одних и тех же участков кистей рук (левой и правой) с одинаковой интенсивностью при закрытых глазах.	0/1
33.Двигательное невнимание	Передние отделы больших полушарий (чаще правого) - премоторных, префронтальн ых областей коры, глубинные структуры (вкл. базальные ядра)	Предложить одновременное выполнение движений двумя руками.	0/1
ВНИМАНИЕ модально неспецифические нарушения			
34.	Поражения неспецифичес ких срединных структур мозга разных уровней. Обнаруживаю	Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности (зрительных, слуховых, тактильных и др.), нарушения внимания проявляются в любой психической деятельности	0/1

	<p>т определенные различия при поражении разных уровней:</p>		
	<p>- Поражение нижних отделов неспецифичес ких структур (уровня продолговатог о и среднего мозга)</p>	<p>Отнимайте от ста по семь и называйте то, что получается вслух. (100-93-86-79-72-65)</p>	<p>0/1/2/3/4/ 5</p>
	<p>- Диэнцефальны е отделы мозга и лимбическая система (области таламуса, гипоталамичес ких структур, лимбическая кора, гиппокампа)</p>	<p>Проявл. в грубых формах. Больные не могут сосредоточиться на деятельности, внимание неустойчиво. Трудности при выполн. двигательных актов, при решении арифметических задач, при выполнении вербальных заданий. компенсация или отсутствует. или длится недолго. Сочетаются с нарушениями памяти и сознания.</p>	<p>0/1</p>
	<p>- Медиобазальн ые отделы лобных и височных долей</p>	<p>Посмотрите налево. Посмотрите направо. Посмотрите вверх.</p>	<p>0/1</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТ</p>			

Содержание карты

Тестируемые функции	Субтесты ДК
афферентные афазии	1-5
эфферентные афазии	6-8
Апраксии	9-12
Агнозии различных видов	13-24
Модально-специфические нарушения памяти	25-28
Модально-неспецифические нарушения памяти	29
Модально-специфические нарушения внимания	30-33
Модально-неспецифические нарушения внимания	34

Наиболее значимыми для определения выраженности когнитивного дефицита являются нарушения по субтестам 2,7,8,12,29.1,29.2,34.2.

Кодировка ответов

Норма – 3 балла, выраженное снижение – 0 баллов. По отдельным субтестам имеются упрощенные оценки либо 0 баллов либо 1 балл, в субтесте 34.2 – шкала от 0 до 5 баллов.

Подсчет результатов.

1 вариант – суммирование баллов Карты по всем пунктам и перевод многомерной информации в одномерную шкалу. Максимальное количество баллов – 62. Снижение общего балла более чем на 3 балла показывает снижение когнитивных функций на момент обследования. Нулевой балл по субтестам 34.1 и 34.3, а также результаты менее 50 баллов свидетельствуют о наличии деменции.

Шкала степени выраженности когнитивного дефицита:

Норма – 60-62 балла, лёгкое снижение – 56-60 баллов, умеренное снижение – 50-55 баллов, выраженное снижение/деменция – ниже 50 баллов.

2 вариант – построение графического профиля, отражающего текущее состояние по отдельным нейропсихологическим факторам для определения доминирующего дефекта.

Дополнительные пояснения к проведению процедуры тестирования и инструкции для пациента.

Субтест 2 – Исследователь дает инструкцию пациенту: «Это тест на память. Я буду называть вам слова. Вы должны их запомнить. Когда я закончу называть слова, вы повторите их в любом порядке. У вас будет несколько попыток». Пациенту зачитывают десять слов. Непосредственно после каждого зачитывания исследователь предлагает назвать все слова, которые пациент смог запомнить. Процедуру необходимо повторить 5 раз. Данные занести в таблицу в карте. Воспроизведение в шестой раз проводится без предварительного зачитывания в конце общего исследования. Данные заносятся в таблицу в столбец с пометкой «ч/20мин». Таким образом, в таблице должно быть указано количество воспроизведенных слов после каждого предъявления и количество воспроизведенных слов через отсроченный промежуток времени. Для определения баллов для пометки в карте необходимо рассчитать среднее по краткосрочной памяти и балл по долгосрочной памяти.

Например:

2. Заучивание и воспроизведение серии слов: Дом, лес, стол, кот, ночь, игла, пирог, звон, мост, крест.					
Припоминание их через 20 минут.					
1	2	3	4	5	ч/20мин
5	5	6	5	6	4
Норма – 10-7 слов					3/3
Легкое снижение – 6-5 слов					2/2
Умеренное снижение – 4-3 слова					1/1
Выраженное снижение – менее 3 слов					0/0

Кр

аткосрочная память: $5+5+6+5+6=27/5=5,4$ (средний балл) – в карте отмечаем первую цифру 2(соответствует легкому снижению)

Долгосрочная память: 4 – в карте отмечаем второй цифрой 1 (соответствует умеренному снижению). Дальнейшие отсылки в карте к п. 2 предполагают оценку долговременной памяти. Только в п. 29.3 – имеется ввиду оценка в целом способности к воспроизведению и повтору ряда слов, здесь следует использовать полученный балл при оценке кратковременной памяти (первую цифру).

Предикторы возникновения ПНЭП:

- Пол: ПНЭП чаще встречается у женщин (м/ж в соотношении 1:4).
- Дебют изолированных ПНЭП в интервале 30-40 лет.
- Наличие высоких показателей по тревожности, депрессии.
- Профиль личности, характерный для конверсионных и соматоформных расстройств.
- Психосоциальные факторы онтогенеза (насилие, семейный анамнез, психотравмы детства) – наличие социопатий.
- Личностные расстройства – психопатии (врожденная патология).
- Клинические признаки (наличие структурных изменений г.м., форма эпилепсии, объективное состояние после приступа, статусные состояния); частота и тяжесть приступов не соответствует неврологической, когнитивной симптоматике, данным ЭЭГ.
- Умственная отсталость.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Критерии диагностики ПНЭП в соответствии с рекомендациями Международной противоэпилептической лиги

Уровень диагностики ПНЭП	Свидетели/наблюдение приступа	ЭЭГ
Возможные ПНЭП	Описание приступа свидетелями либо пациентом	Отсутствие эпилептиформной активности на межприступной рутинной ЭЭГ и ЭЭГ после депривации
Вероятные ПНЭП	Видеозапись приступа или непосредственное наблюдение приступа клиницистом	Отсутствие эпилептиформной активности на межприступной рутинной ЭЭГ и ЭЭГ после депривации
Клинически установленные ПНЭП	Обзор видеозаписи клинического события врачом-неврологом, специализирующемся на пароксизмальных состояниях/либо его присутствие во время клинического события	Отсутствие эпилептиформной активности во время приступа, который предположительно является эпилептическим, на рутинной ЭЭГ/холтер ЭЭГ
Документально подтверждённые ПНЭП	Обзор видеозаписи клинического события врачом-неврологом, специализирующемся на пароксизмальных состояниях/либо его присутствие во время клинического события при видео- ЭЭГ	Отсутствие эпилептиформной активности до, во время и после приступа на ЭЭГ при видео-мониторировании