

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого».
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.
Проверила: к.м.н. Кустова Т.В.

Реферат на тему:
**Пароксизмальные состояния не эпилептического генеза у детей
раннего возраста.**

Выполнила: врач-ординатор
Козлова А.В.

Красноярск 2018 г

Содержание.

1. Введение
2. Распространенность, терминология.
3. Причины возникновения.
4. Неэпилептические судорожные и другие пароксизмальные состояния.
5. Отличительные признаки пароксизмальных состояний.
6. Фебрильные судороги.
7. Обменные судороги при спазмофилии.
8. Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза, возникающие в младенчестве (возраст от 1 месяца до 12 месяцев).
9. Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза, встречающиеся у детей до 3-х лет.
10. Список использованной литературы.

Введение.

В детском возрасте одно из первых мест по распространенности занимают пароксизмальные состояния, имеющие как эпилептическую, так и неэпилептическую природу и сходную клиническую картину, затрудняющую диагностику и подбор этиопатогенетической терапии. Зачастую постановка диагноза затруднена: требуется комплексное обследование и наблюдение за пациентом для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении.

Необходимо помнить, что не любое пароксизмальное состояние является судорогами.

Здесь будет уместно вспомнить фразу выдающегося отечественного педиатра И.М. Воронцова о том, что педиатрия как медицинская наука радикально отличается от медицины взрослых, так как представляет собой сочетание медицины развития и медицины болезней.

Значительное число феноменов у ребенка (особенно в периоды новорожденности и младенчества) заведомо сложно однозначно отнести к категории нормальных, патологических или адаптационных, и решение об этом отнесении носит скорее директивный, чем доказательный характер.

Принятие решения о ненормальности такого явления возникает зачастую в связи с невозможностью объяснить его характер и причины.

Ряд пароксизмальных явлений у детей раннего возраста, трудно отнести однозначно к нормальным или патологическим, но безусловно можно отнести к субоптимальным.

В связи с этим необходимо дать определение слову «пароксизм».

Пароксизм — неожиданное, иногда повторяющееся, потенциально обратимое изменение деятельности органов и систем организма.

Судороги — неспецифическая реакция нервной системы на различные эндо- или экзогенные факторы: внезапные повторяющиеся произвольные сокращения скелетных мышц, часто с нарушением сознания.

Как правило, сопутствуют многим патологическим состояниям на стадии их манифестации, являясь первичной ответной реакцией при ухудшении витальных функций организма.

Дифференциальный диагноз эпилептических приступов с неэпилептическими пароксизмами (состояниями) нередко вызывает серьезные сложности у врача. Имитируют эпилепсию самые различные состояния, наблюдающиеся при соматических, неврологических, психиатрических расстройствах и даже у здоровых детей.

Распространенность.

По данным литературы, судорожный синдром встречается в 17–20 случаях из 1000; до 2/3 судорожных припадков у детей приходится на ранний возраст — первые 3 года жизни.

Среди пароксизмальных состояний детского возраста эпилепсия встречается наиболее часто: от 41 до 83 случаев, а среди пациентов первого года жизни — от 100 до 233 случаев на 100 тыс. детского населения.

Терминология.

В 2001 г. Международной комиссией по классификации и терминологии Международной лиги по борьбе с эпилепсией (International League Against Epilepsy, ILAE) рекомендована замена слова «судороги» на «приступы», так как не все приступы проявляются именно судорогами, т. е.

сопровождаются двигательными феноменами.

Однако, наиболее опасными состояниями являются именно судороги, которые часто сопровождаются нарушением дыхания, сердечной деятельности, следующими за ними метаболическими изменениями, повреждением центральной нервной системы (ЦНС) и требующие активного вмешательства.

Причины возникновения.

У детей грудного и раннего детского возраста в развитии судорог преобладают:

- инфекционные заболевания (острые респираторные вирусные инфекции, пневмония, воспалительные заболевания ЛОР-органов, сепсис, нейроинфекции).
- черепно-мозговая травма, острые посттравматические судороги, посттравматическая эпилепсия.
- различные эпилептические синдромы.

Реже причинами возникновения судорог в этом возрасте являются:

- врожденные пороки развития головного мозга.
- новообразования.
- абсцессы мозга.

Также встречаются судороги, возникающие в поствакцинальном периоде, а также при нарушениях ритма сердца, при отравлениях и интоксикации. Необходимо отличать моторные проявления, связанные с эпилепсией, от неэпилептических моторных реакций — тремора, гиперкинезов, гипоксических судорожных проявлений вследствие синкопальных состояний, аффективно-респираторных пароксизмов, нарушений ритма сердца, гипогликемии и других нарушений метаболизма.

Также у ребенка следует различать фебрильные и афебрильные приступы. Фебрильными, т. е. возникающими после или во время лихорадки, также могут быть проявлением простых фебрильных судорог, системных или нейроинфекций, фебрильно-провоцируемых эпилептических приступов. Афебрильные приступы могут быть первым эпилептическим пароксизмом, симптоматическими неонатальными судорогами, изолированным эпилептическим приступом, а также неэпилептическими пароксизмами, возникающими вследствие нарушения ритма сердца, асфиксии, психогенными пароксизмами.

Неэпилептические судорожные и другие пароксизмальные состояния.

1. Судороги как неспецифическая реакция головного мозга в ответ на различные эндо- или экзогенные факторы, т. е. острые симптоматические приступы:
 - фебрильные (на фоне лихорадки);
 - на фоне интоксикации;
 - гипоксические (при заболеваниях дыхательной системы, при бронхиальной астме, асфиксии),
 - аффективно-респираторные пароксизмы,
 - обменные и метаболические (синдром спазмофилии и гипервитаминоз витамина D при рахите, гипогликемии, гипо- и гиперкалиемии),
 - при вегетативных нарушениях,
 - кардиальные синкопе (нарушение ритма сердца).

2. Симптоматические судороги при заболеваниях головного мозга, включающие в себя:
 - опухоли.
 - абсцессы.
 - ишемические или геморрагические инсульты.
 - пороки развития головного мозга.
 - пороки развития сосудов головного мозга (аневризмы).

Отличительные признаки пароксизмальных состояний.

По характеру двигательных проявлений судороги подразделяют:

- на тонические;
- клонические;
- тонико-клонические;
- клонико-тонические;
- атонические;
- миоклонические.

По длительности выделяют:

- самокупирующиеся — фокальные, генерализованные;
- продолжающиеся приступы — генерализованный эпилептический статус, фокальный эпилептический статус.

Фебрильные судороги.

Фебрильные судороги возникают при наличии лихорадки у 2–5% детей и являются наиболее частым видом судорог до 5-летнего возраста.

Терминология

Нарушения метаболизма (гипогликемии или гипергликемии), а также нарушения электролитного обмена (в частности, натрия) чаще всего являются факторами нарушения сознания, иногда также сопровождаются мышечными сокращениями. Данные состояния требуют urgentной терапии. Кардиальные синкопе связаны с нарушением ритма сердца, пароксизмальной тахикардией, нарушениями при врожденных пороках сердца, могут также

проявляться потерей сознания, иногда сопровождаются мышечными сокращениями из-за развивающейся гипоксии мозга. Являются жизнеугрожающим состоянием и требуют экстренного вмешательства врача анестезиолога-реаниматолога.

Аффективно-респираторные приступы. Причиной данных состояний является нарушение регуляции автономной (вегетативной) нервной системы. Аффективно-респираторные пароксизмы протекают с потерей сознания примерно у 5% пациентов. Данные состояния часто не требуют терапевтического вмешательства.

Причины возникновения

1. Инфекционный процесс с вовлечением ЦНС или судороги при энцефалите, менингите. При нейроинфекции после судорог сознание чаще всего восстанавливается неполностью.
2. Лихорадка как провоцирующий фактор имеющегося неврологического заболевания (например, фебрильно-провоцируемый эпилептический приступ).
3. Простые фебрильные приступы — возрастзависимые (от 6 мес до 5 лет) генетически детерминированные судороги, возникающие только при лихорадке и при отсутствии инфекционного процесса в ЦНС.

Клинические проявления

Простые фебрильные судороги характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- развиваются обычно при температуре тела выше 38°C в первые часы заболевания.
- имеют, как правило, генерализованный характер.
- длительность судорог — менее 15 мин.
- не повторяются в течение 24 ч.
- часто в семейном анамнезе имеются указания на наличие фебрильных судорог у близких родственников.

Атипичные (сложные) фебрильные судороги характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- наличие фокального компонента.
- длятся более 15 мин, может возникнуть фебрильный судорожный статус.
- могут повторяться в течение 24 ч.

При атипичных фебрильных судорогах высока вероятность наличия у ребенка инфекционного процесса или эпилепсии.

Электроэнцефалографическое обследование при типичных фебрильных судорогах обычно не выявляет эпилептических изменений, при атипичных фебрильных приступах, напротив, могут наблюдаться как неспецифические пароксизмальные изменения, так и эпилептические паттерны.

Около 1/3 пациентов с фебрильными приступами имеют повторные судороги. Наиболее важным критерием возможных эпилептических

фебрильно-провоцируемых приступов является изменение неврологического статуса или нарушение нервно-психического развития.

Обменные судороги при спазмофилии

характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- пароксизм начинается с апноэ — при вдохе исходное состояние восстанавливается.
- часто отмечается цианоз носогубного треугольника.
- судороги преимущественно клонического характера.
- пароксизмы могут провоцироваться внешними раздражителями — резким стуком, звуком, криком.
- имеется тенденция к повторению в течение суток.
- являются афебрильными.
- обычно очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.
- отсутствуют симптомы соматических воспалительных процессов.
- положительные симптомы Хвостека, Труссо, могут наблюдаться костные признаки рахита.

Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза, возникающие в младенчестве (возраст от 1 месяца до 12 месяцев).

Ранний младенческий доброкачественный миоклонус (доброкачественные неэпилептические инфантильные спазмы, синдром Феджермана).

Двигательные феномены аналогичны серийным флексорным или экстензорным инфантильным спазмам, но без патологических проявлений на ЭЭГ.

Нервно-психическое развитие ребенка не нарушено. Нейровизуализация не обнаруживает патологических изменений. Миоклонус самопроизвольно исчезает к 2-3 годам жизни вне зависимости от проводимого лечения.

Дифференциальный диагноз проводится с эпилептическими спазмами, генерализованными миоклоническими приступами.

Аффективно-респираторные приступы (АРП) синкопе с цианозом.

Часто встречаются в младенческом возрасте состояния, в некоторых случаях могут персистировать до 6 лет.

Пароксизмы провоцируются незначительными ушибами, неисполнение, по тем или иным причинам, желаний (запрет со стороны взрослого) или раздражением. АРП возникает на высоте плача в виде остановки дыхания на выдохе и часто сопровождаются выраженным цианозом. В случае если приступ затягивается, может возникнуть утрата сознания с обмяканием. При значительной гипоксии возможно тоническое напряжение мышц конечностей, туловища и клоническое напряжение конечностей, которые могут ошибочно приняты за эпилептические судороги.

Характеризуются следующими клиническими проявлениями: начинают с 4-месячного возраста;

- провоцирующими факторами являются отрицательные эмоции, страх, дискомфорт;
 - на фоне продолжительного крика возникает апноэ;
 - примерно в 5% случаев происходит потеря сознания;
 - на фоне продолжительного апноэ иногда наблюдают клонические или тонико-клонические судороги;
 - пароксизмы кратковременные;
 - после приступов наблюдается слабость, сонливость;
 - могут случаться несколько раз в день, а иногда — 1–2 раза в жизни.
- Дифференциальная диагностика проводится с тоническими и тонико-клоническими эпилептическими приступами.

Аффективно-респираторные пароксизмы «белого типа».

характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- являются результатом рефлекторной асистолии;
- часто провоцируются болевым воздействием;
- у ребенка редко наблюдается длительный плач, достаточно быстро появляется бледность кожных покровов и происходит потеря сознания, длительность пароксизма — от нескольких секунд до нескольких часов;
- после пароксизма ребенок часто засыпает, после пробуждения сохраняется нормальная жизненная активность;
- при наличии заболеваний сердца, нарушений сердечного ритма данные состояния могут быть опасными для жизни.

При нетяжелых АРП лечение не требуется, приступы проходят сами.

Синкопе с побледнением (бледные синкопе) (БС) схожи с АРП.

Пароксизмы также часто провоцируются незначительными ушибами, неисполнением желаний ребенка, испугом. Вместо выраженного плача и цианоза у ребенка появляется бледность, а затем утрата сознания. Если пароксизм затягивается, может возникнуть тоническое напряжение мышц. Патология БС основана на появлении кратковременной брадикардии или асистолии, приводящих к снижению кровотока и последующим побледнением и утраты сознания.

Применение в терапии атропина приводит к снижению частоты БС.

Пароксизмальный тортиколиз (ПТ).

Тортиколиз- устойчиво сохраняющаяся, патологическая поза головы т шеи, при которой голова наклонена в одну сторону, а лицо обращено в противоположную.

Появляется обычно в течение первых трех месяцев жизни, самопроизвольно прекращается до 3 лет.

Для ПТ характерно внезапное начало и завершение моторных проявлений. Атаки могут быть как короткими, так и продолжительными. Сознание всегда сохранено, ребенок активен и доступен контакту во время пароксизма, но это причиняет ему определенные неудобства и вызывает негативизм.

Считается, что ПТ является эквивалентом мигренозного приступа в детском возрасте, на что могут указывать фокальная дистония и лабиринтные реакции. Семейный анамнез часто отягощен по мигрени, а у детей с ПТ может возникать типичная мигрень, но в более позднем возрасте. Лечение не требуется.

Spasmus Nutans (SN)- кивательная судорога.

Характеризуется триадой симптомов: нистагм, «кивки» головы, в некоторых случаях наклоны головы. Симптомы могут усиливаться или убывать в течение дня, соответственно, напоминать эпилептические приступы.

Этиология неизвестна, подобная симптоматика может наблюдаться при объемных образованиях *chiasma opticus* или третьего желудочка. Для исключения необходимо проведение МРТ. При нормальном развитии ребенка дальнейшего обследования и лечения не требуется.

Дифференциальный диагноз проводится с инфантильными спазмами, офтальмическими приступами.

Опсоклонус.

Суть заключается в беспорядочных, конъюгированных, колебательных движениях глаз («пляшущие глаза»). Эти двигательные феномены часто длительно персистируют, могут усиливаться и ослабевать по интенсивности, никогда не встречаются во сне.

В случае опсоклонуса слабой интенсивности возможна непродолжительная фиксация взора на объекте. При таком аутоиммунном заболевании как синдром опсоклонуса- миоклонуса- атаксии (энцефалопатия Кинсбурна) опсоклонус считается с миоклонусом, атаксией и ассоциирован, как предполагается с неопластическим процессом (нейробластома).

Яктация - ритмичное стереотипное раскачивание туловищем или головой взад-вперед или из стороны в сторону:

- чаще всего встречается в раннем детском возрасте;
- первые проявления могут возникнуть в связи с изменением жизненного стереотипа ребенка (появление зубов, переход от сидения к ползанию, от ползания к ходьбе);
- в ряде случаев сопровождается нарушением сна (имеется связь эпизодов раскачивания с переходными фазами между парадоксальным и синхронизированным сном);
- возникает преимущественно перед засыпанием или после пробуждения;
- у мальчиков встречается в 2-3 раза чаще, чем у девочек.

В первом полугодии встречается также особая форма яктации — раскачивание тела с опорой на голову-пятки (поза «борцовского моста»). Яктация часто осложняется биением головы о горизонтальную или вертикальную поверхность, что приводит к видимым косметическим

дефектам (отечность и припухлость лба, гематомы на фронтальной поверхности головы).

Инфантильная мастурбация (ИМ).

Наблюдается только у девочек и характеризуются стереотипно повторяющимися поступательно-возвратными движениями тазом с напряжением мышц туловища, ног. Ребенок может находиться в положении сидя или лежа. Характерно сведение вместе или перекрест напряженных бедер. При этом может наблюдаться гиперемия лица, гипергидроз. Во время указанных эпизодов ребенок прекращает исходную деятельность, хотя находится в сознание. Попытка отвлечь часто вызывает негативную реакцию.

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) - непроизвольное забрасывание желудочного либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод вследствие постоянного или преходящего снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера, что нарушает физиологическое перемещение пищевого комка и сопровождается поступлением в пищевод несвойственного ему содержимого, способного вызвать физико-химическое повреждение его слизистой оболочки.

Различают: • физиологический ГЭР, не вызывающий развития рефлюксэзофагита.

• патологический ГЭР, наличие которого ведет к повреждению слизистой оболочки пищевода с формированием рефлюкс-эзофагита и связанных с ним осложнений.

Клиника ГЭР существенно отличаются у детей разного возраста и определяются известными анатомофизиологическими особенностями развития органов пищеварительного тракта и дыхательной системы, снижающих эффективность антирефлюксного барьера:

- дыхание через нос.
- горизонтальное расположение ребер.
- плоская диафрагма.
- недоразвитие дистального отдела пищевода.
- незначительный объем и шарообразная форма желудка.
- замедление опорожнения желудка.

При гармоничном физическом развитии ребенка первого года жизни и отсутствии сопутствующей патологии, как правило, не приводят к формированию патологического ГЭР. У детей первого года жизни срыгивание рассматривается как эквивалент физиологического ГЭР и признается практически нормальным физиологическим явлением у детей первых месяцев жизни. Патологический ГЭР встречается у детей первого года жизни в 8-10%.

Яркие клинические проявления: срыгивания в сочетании со снижением массы тела, рвота фонтаном с примесью крови или желчи, респираторные нарушения вплоть до развития апноэ и синдрома внезапной смерти,

необычные движения головы и шеи (синдром Сандифера), связанные с эпизодами рефлюкса и наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Синдром Сандифера – тоническое напряжение мышц верхних конечностей и шеи с наклоном головы, которое обусловлено ГЭР у детей первых лет жизни. Включает триаду симптомов:

- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит.
- кривошея.
- причудливая поза и произвольные «извивающиеся» движения шеи, головы и иногда туловища.

Клиника. Ребенок внезапно поворачивает голову и шею в одну сторону, а туловище в другую. Спина дугообразно выгибается назад, отмечается напряжение мышц спины. Продолжительностью 1–3 минут сходны с тоническими фокальными эпилептическими приступами. Во время дистонической атаки ребенок может притихнуть или, наоборот, быть беспокойным. По мере уменьшения дистонии нарастает возбуждение, появляется недовольный плач. Поражение дыхательной системы характеризуется осиплостью голоса, частыми эпизодами апноэ и ларингостеноза, хроническими синуситами, рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями с обструктивным синдромом;

Выделяют: • Синдром Сандифера 1 типа -дети до 6 месяцев жизни; -чаще связан с наличием гастроэзофагального рефлюкса; -проявляется кратковременными тоническими сокращениями верхних конечностей с напряжением мышц шеи и наклоном головы.

• Синдром Сандифера 2 типа -у детей старшего возраста, при наличии сопутствующих психических расстройств - вплоть до взрослого возраста.; - возможно диагностирование грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Лечение направлено на компенсацию ГЭР или его осложнений. В медикаментозной терапии используют прокинетики (мотилиум), антациды (маалокс, фосфолюгель, альмагель), ингибиторы протонного насоса (омез).

Приступы дрожания (ПД).

Дебют ПД наблюдается в младенческом или раннем детском возрасте.

Пароксизмы характеризуются внезапно возникающими дрожательными движениями туловища и конечностей, без нарушения сознания, продолжительностью 5-10 сек. Атаки могут быть связаны с приемом пищи, что предположительно связано с переизбытком стимулирующих воздействий, негативными эмоциями, иногда с мочеиспусканием, некоторыми позами (постуральный тремор). Отсутствуют какие-либо дополнительные неврологические симптомы, ассоциированные с ПД.

Пароксизмы не требуют лечения и спонтанно исчезают с возрастом.

Семейный анамнез отягощен эссенциальным тремором.

Стереотипии.

Поведенческие стереотипии- это повторяющиеся движения: «биения» головой, «кручение» головой, раскачивания туловища, хлопанья или взмахивания руками.

Такое поведение может наблюдаться у здоровых детей, но значительно чаще оно встречается у пациентов с неврологическими отклонениями.

Стереотипии возникают в бодрствование, при засыпании, во время начальной стадии сна. Такое поведение часто способствует «успокоению», релаксации ребенка, повышает комфортность его существования.

Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза, встречающиеся у детей до 3-х лет.

Доброкачественное пароксизмальное головокружение (ДПГ).

Проявляются в виде коротких эпизодов нарушения равновесия у детей раннего возраста. Во время пароксизма у ребенка появляется испуганный вид, он ищет опору, чтобы удержать равновесие. Пароксизмы могут сопровождаться нистагмом, гипергидрозом, тошнотой и рвотой.

Неврологический статус, психо- речевое развитие у этих детей соответствует норме.

ДПГ манифестирует в возрасте 1 года и самостоятельно исчезает, к 5 годам.

Доказано, что ДПГ является эквивалентом мигренозного приступа у детей, типичная картина которой развивается в более позднем возрасте.

Пароксизмальные нарушения сна (парасомнии).

Выделяют множественные варианты парасомний. Часто встречающиеся у детей:

1. Нарушение активации (возникают в стадии Non-REM сна):
 - «Сонное опьянение»- спутанность сознания во время или после пробуждения от сна (чаще при внезапном пробуждении из глубокого сна в первой половине ночи)
 - Снохождение (сомнамбулизм)
 - Ночные страхи (Sleep Terrors). Попытки разбудить ребенка остаются безуспешными. Отличительной особенностью является амнезия пароксизмов.
2. Парасомнии, возникающие в фазе REM-сна:
 - Ночные кошмары, характеризуется внезапным пробуждением, сопровождающемся сильным испугом, страхом. Как правило, возникает в последнюю треть ночи. Сопряжены с психотравмирующими ситуациями в анамнезе. Провоцируются стрессами, депривацией сна. Амнезия отсутствует.
 - Нарушения поведения во время REM-сна. Типичными симптомами являются внезапное пробуждение, сопровождающееся криком или плачем, поисковыми движениями. Иногда приступы приобретают более сложный характер: ребенок выпрыгивает из кровати, мечется

по комнате. Нередко поведение имеет агрессивный характер. После приступа ребенка достаточно легко разбудить.

- Сонный паралич. Сочетается с эпизодами дневного засыпания и катаплексией.
- Другие (синдром беспокойных ног, бруксизм, ритмические движения во сне- яктация, периодические движения глаз, вздрагивания при засыпании).

Синкопальные состояния и аноксические судороги.

Синкопе характеризуются утратой сознания, сопровождаются клоническими или тоническими судорогами, которые называются аноксические и не имеют никакого отношения к эпилепсии. Конвульсии могут быть симметричными и асимметричными. Аноксические судороги являются следствием синкопе, во время которого внезапно прерывается поступление энергетических ресурсов в церебральную кору из-за резкого снижения перфузии оксигенированной крови. Возникновение аноксических судорог возможно при рефлекторных асистолических синкопе, аффект- респираторные приступы, вазо-вагальные синкопе, нейрокардиогенные синкопе.

Пароксизмальные дискинезии (пароксизмальный хореоатетоз/ дистония).

Встречается у детей с тяжелыми перинатальными гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС, последствиями перенесенных ВУИ, травматическими, метаболическими поражениями мозга.

Пароксизмальная кинезиогенная дискинезия.

Дебют в дошкольном возрасте, проявляется в виде эпизодов хореоатетоза, дистонии.

Эпизоды длятся от нескольких сек до нескольких минут и провоцируются внезапным движением, переменой положения или изменением интенсивности движения. Сознание всегда сохранено, иногда отмечается короткая аура неспецифического характера.

В качестве лечебного средства высокоэффективен карбамазепин в малых дозах.

Список использованной литературы.

1. [https://pf.spr-journal.ru/Пароксизмальные состояния эпилептического и неэпилептического генеза у детей](https://pf.spr-journal.ru/Пароксизмальные_состояния_эпилептического_и_неэпилептического_генеза_у_детей). Принципы диагностики и терапии. Л.М.Кузенкова. Москва, 2016 год.
2. [http://www.nevro-med.ru/Неэпилептические пароксизмы во сне](http://www.nevro-med.ru/Неэпилептические_пароксизмы_во_сне). Статья. Медицинский центр. Невро-мед.
3. [https://cyberleninka.ru/Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза](https://cyberleninka.ru/Пароксизмальные_состояния_неэпилептического_генеза). А.Ю.Карась, 2010год.
4. [https://static-eu.insales.ru/Неэпилептические пароксизмы у грудных детей](https://static-eu.insales.ru/Неэпилептические_пароксизмы_у_грудных_детей). А.Б.Пальчик. Москва, 2015 год.
5. [https://cyberleninka.ru/Неэпилептические пароксизмальные состояния, имитирующие эпилепсию у детей](https://cyberleninka.ru/Неэпилептические_пароксизмальные_состояния,_имитирующие_эпилепсию_у_детей). С.О.Айвазян. Москва, 2016 год.