



ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мадаминов О.А., Махмудова Х.Х.

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и
психотерапии*

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме: В подростковом возрасте часто встречаются пароксизмальные состояния (ПС) проявляющиеся судорогами, синкопами, алгиями, вегето-сосудистыми кризами (паническими атаками) и др.

По данным ВОЗ и ряда исследователей клинически значимые нарушения нейровегетативной и эмоциональной сфер у лиц молодого возраста наблюдаются в 20 -40% случаев.

Ключевые слова: пароксизмальная состояния, подростковый возраст, судорожный синдром.

BOLALAR VA O'SPIRINLARDA TRAVMATIK MIYA SHIKASTLANISHINING UZOQ DAVRIDAGI PAROKSISMAL KASALLIKLAR

Madaminov O.A., Mahmudova X.X.

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и
психотерапии*

Андижанский государственный медицинский институт

Rezume: O'smirlik davrida paroksismal holatlar (PS) ko'pincha konvulsiyalar, senkoplar, algiyalar, vegetativ-qon tomir inqirozlari (vahima hujumlari) va boshqalar bilan namoyon bo'ladi. JSST va bir qator



tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, yosh odamlarda neyrovegetativ va hissiy sohalarning klinik jihatdan sezilarli darajada buzilishi 20-40% hollarda kuzatiladi.

Kalit so'zlar: paroksismal holatlar, o'smirlik, konvulsiv sindrom.

PAROXISM DISORDERS IN THE LONG PERIOD OF CRANIOCEREBRAL TRAUMA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Madaminov O.A., Mahmudova X.X.

Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Psychotherapy

Andijan State Medical Institute

Resume: *In adolescence, paroxysmal conditions (PS) are often encountered, manifested by convulsions, syncope, algia, vegetative-vascular crises (panic attacks), etc.*

According to the WHO and a number of researchers, clinically significant disorders of the neurovegetative and emotional spheres in young people are observed in 20-40% of cases.

Key words: *paroxysmal conditions, adolescence, convulsive syndrome.*

Актуальность исследования.

В подростковом возрасте часто встречаются пароксизмальные состояния (ПС) проявляющиеся судорогами, синкопами, алгиями, вегето-сосудистыми кризами (паническими атаками) и др. По данным ВОЗ и ряда исследователей клинически значимые нарушения нейровегетативной и эмоциональной сфер у лиц молодого возраста наблюдаются в 20 -40% случаев. Наиболее легко уязвимым, в плане воздействия различных патологических факторов, является подростковый возраст (Абрамович Г.В., 1990; Болдырев А.И., 1990, Hauser W.A., Anderson v;E.,1992), который включает в себя детей в возрасте от 10 до 20 лет. После периодов новорожденноеTM и грудного возраста, подростковый является третьим периодом детства, когда организм



совершает физиологический скачок и перестройку большинства органов и систем (Бадалян Л.О., 1984; Стефани Д.В., Вельтищев Ю.Е., 1996). В этот критический период особое место среди различных нозологических форм занимают заболевания, в клинической картине которых ведущим синдромом являются пароксизмальные состояния.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении пароксизмальных состояний, до настоящего времени отсутствует единое понимание причин их развития, а значит, существуют и различные подходы в реабилитации больных. В основе пароксизмальных состояний лежит дисрегуляция нейроиммунных и эндокринных взаимоотношений. Приводимые, в литературе сведения о нарушениях иммунной, нейромедиаторной систем разрознены и носят неоднозначный характер. Недостаточно изучены проблемы патогенеза, диагностики пароксизмальных состояний в подростковом возрасте и не разработаны методы реабилитации данной категории больных.

Цель научного исследования: На основании выявления особенностей клинического течения, нейро-психофизиологических и иммунологических характеристик пароксизмальных состояний у детей подросткового возраста выделить их клинико-патогенетические варианты и разработать комплексные программы реабилитации данной категории больных.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 645 больных с ПС в возрасте 10-20 лет. Из них 278 больных раннего подросткового возраста от 10 до 14 лет и 367 чел. позднего подросткового возраста от 15 до 20 лет. По клиническим проявлениям все больные были распределены на три основные группы: 1-я группа больные с эпилептическими пароксизмами (ЭП) - 189 чел., 2-я группа больные с неэпилептическими пароксизмами (НЭП) - 377 чел., 3-я группа лица с субклиническими пароксизмальными состояниями - 79 чел. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 12 лет.



Результаты исследования и их обсуждение. Изучение анамнестических данных у больных подросткового возраста позволило выявить ряд факторов риска, явившихся общими для всех нозологических форм заболеваний с пароксизмальными состояниями (ПС). Среди таких факторов отмечены: патология перинатального периода развития (63,3%), инфекции (43%), наследственная предрасположенность (34,6%), травмы головного мозга (24,7%).

Из провоцирующих факторов, способствующих развитию пароксизмальных состояний, отмечены такие как: острыя стрессовая или хроническая психотравмирующая ситуация (56,2%), тяжелые физические нагрузки (37,5%), нарушения режима сна и питания (29,7%), резкая смена климатических условий в связи с переездами (18,3%), неблагоприятные гео- и метеофакторы (46,8%), сильный шум (41,3%), яркий свет (36,4%), переохлаждения (27,3%), обострение хронических заболеваний (31,5%).

Проведенное комплексное исследование позволило выявить ряд общих признаков характерных для всех больных ПС эпилептического и неэпилептического генеза. При клинико-неврологическом обследовании отмечено наличие микросимптоматики у больных ЭП в 85,7% случаев, среди больных НЭП в 69% и у лиц с субклиническими пароксизмальными состояниями в 68,4% наблюдений. Наиболее часто наблюдались: асимметрия глазных щелей (49,3%), ослабление конвергенции (47,4%), сглаженность носогубной складки (38,2%), девиация языка (37,4%), оживление сухожильных и периостальных рефлексов (84,6%), ослабление брюшных рефлексов (32,7%), патологические рефлексы: Россолимо верхний (36,2%), Маринеско-Радовичи (31,6%), рефлексы орального автоматизма (24,3%), Бабинского (18,5%), Бехтерева (26,7%), Труссо (14,8%). Изучение структурной патологии головного мозга методом компьютерной томографии (КТ) в группе больных ЭП из 140 обследованных зарегистрировано наличие изменений различного характера у 111 больного (79,3%), в группе больных НЭП из 242 чел. - в 138



случаях (66,6%) и среди лиц с субклиническими пароксизмами из 35 чел. - в 12 случаях (34,3%).

Полученные данные указывают на то, что у большинства больных подросткового возраста, страдающих ПС, имеются структурно-морфологические изменения в головном мозге, которые влияют на характер нервных процессов в ЦНС.

Исследование состояния вегетативной нервной системы выявили преобладание симпатикотонической направленности в исходном вегетативном тонусе у больных ЭП. Среди больных неэпилептическими и субклиническими ПС отмечено преобладание вагоинсулярных вегетативных реакций. Наиболее выраженная ваготоническая реакция была отмечена среди больных синкопальными пароксизмами (71,4%), у больных мигренозными пароксизмами (67,3%), среди больных атипичными прозопалгиями (73,8%), а также у больных абдоминалгиями (83,6%). Исследование вегетативной реактивности зарегистрировало значительные изменения ЧСС при проведении глазосердечной, синокаротидной, солярной проб и при гипервентиляции в сторону повышения. Повышение ЧСС или парадоксальные реакции обычно наблюдались у больных с преобладанием симпатикотонических реакций в исходном вегетативном тонусе. В эту группу вошли больные с генерализованными и парциальными судорожными ЭП, с системными симптоадреналовыми кризами, типичными прозопалгиями, частично с цефалическими, кардиальными, мигренозными и атипическими пароксизмами. Группу больных с преобладанием ваготонических вегетативных реакций составили больные с генерализованными и парциальными бессудорожными пароксизмами, с системными вегетативными, синкопальными, абдоминальными пароксизмами, большая часть с мигренозными приступами и атипичными прозопалгиями. Наибольшее урежение ЧСС при исследовании показателей вегетативной реактивности регистрировалось в группах больных неэпилептическими и субклиническими

пароксизмами. Это связано с тем, что в этих группах отмечается преобладание ваготонических реакций в исходном вегетативном тонусе. Наибольшее урежение ЧСС зарегистрировано в группе больных НЭП. Наименьшее урежение ЧСС отмечено в группе больных ЭП, где отмечается преобладание симпатико-тонических вегетативных реакций. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что у больных ПС подросткового возраста имеются выраженные изменения состояния вегетативной реактивности в сторону ее повышения.

Таким образом, на основании проведенных исследований больных ПС подросткового возраста и их лечения можно сделать вывод о наличии общих этиопатогенетических механизмов развития ПС при различных нозологических формах заболеваний, в основе которых лежит нарушений интегрирующей и регулирующей роли ЦНС. Ключевым звеном патогенеза ПС, по нашему мнению, служит измененная иммунная и вегетативная реактивность. Нормализация нейроиммунно-эндокринных взаимоотношений является общим терапевтическим подходом к лечению ПС в различных клинических проявлениях.

Выводы. 1. У подростков, страдающих пароксизмальными состояниями, выявлены основные клинико-патогенетические варианты - эпилептические, неэпилептические и субклинические. Выделение эпилептических пароксизмов основано на наличии в клинической картине типичных стереотипных припадков, эпилептиформной активности на ЭЭГ, психопатологических нарушений, главным образом в форме торпидности психических процессов; неэпилептические пароксизмы характеризуются развитием полиморфных клинических феноменов, относящихся к различным органам и системам, регистрацией признаков пароксизмальной активности на ЭЭГ, изменением церебральной гемодинамики в виде повышения тонуса церебральных сосудов, повышенной эмоциональной лабильностью; при субклинических пароксизмальных



состояниях клинические проявления наименее очерчены, диффузны, отличаются наличием повышенного уровня судорожной готовности на ЭЭГ и ускорением церебрального кровотока за счет вазодилатации.

2. Биоэлектрическая активность головного мозга у подростков с пароксизмальными состояниями в 92% случаев характеризуется наличием патологических изменений, в основном: в форме депрессии а-ритма и превалировании IV и V типов ЭЭГ, при эпилептических пароксизмах наиболее часто регистрируются судорожные потенциалы: острые волны, пики, спайки, волновые комплексы, при неэпилептических пароксизмах — диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга с различной степенью дезорганизации основного ритма, при субклинических пароксизмах выявляется преобладание медленноволновой активности в диапазонах Д, 9, ст-волн.

3. Применение методов рефлексотерапии в силу их механизма действия способствует восстановлению регулирующей роли центральной нервной системы и ведет к оптимизации функционирования вегетативной, иммунной и эндокринной систем. Наиболее эффективным является сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Интегральная система оздоровления больных подростково-юношеского возраста с пароксизмальными состояниями // Неврологический Вестник. Журнал имени В.М. Бехтерева. Том XXXIII, Вып. 1-2, 2001.-С.66-69.
2. Типичные прозопалгии. Этиопатогенез, клиника, лечение /Методическое пособие. Нижний Новгород, 2001.-36 с.
3. Лицевые симпatalгии. Этиопатогенез, клиника, лечение. /Методическое пособие. Нижний Новгород, 2001.-35 с.
4. Периодическая болезнь. Этиология, клиника, лечение. /Методическое пособие. Нижний Новгород, 2002.-32 с.



5. Лечение системных вегетативных пароксизмов./ Методическое пособие, Нижний Новгород, 2002.- 18 с.
6. Сосудистая эпилепсия детского возраста. Этиопатогенез, клиника, лечение / Методическое пособие. Нижний Новгород. 2002.- 22 с.
7. Синкопальные состояния у лиц подросткового возраста, игло-рефлексотерапия, СКЭНАР-терапия. /Методическое пособие. Нижний Новгород ,2002,-18 с.
8. Иглорефлексотерапия мигрени у больных подросткового возраста /Методическое пособие. Нижний Новгород, 2002.- 16 с.
9. Пароксизмальные кардиалгии у подростков (клиника, лечение). / Методическое пособие. Нижний Новгород, 2002,- 26 с.
10. СКЭНАР-терапия вегеталгий у подростков./ Методическое пособие. Нижний Новгород 2002,- 20 с.