

УДК 616.8 – 053.2. ББК. 56.12. 0 – 584.

*Рахманова Умидахон Хамиджановна*

*Кафедра пропедевтики детской болезни и поликлинической  
педиатрии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

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

**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.

*Rakhmanova Umidakhon Khamidzhanovna*

*Department of Pediatric Propedeutics and Outpatient Pediatrics*

*Andijan State Medical Institute*

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

**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 новорожденное™ 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 разрозненны 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: острая 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 гелео - 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 пароксизмаль-ными 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%), рефлекс 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 тоне 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, соляной проб и при гипервентиляции в сторону повышения. Повышение ЧСС или парадоксальные реакции обычно наблюдались у больных с преобладанием симпатикотонических реакций в исходном вегетативном тоне. В эту группу вошли больные с генерализованными и парциальными судорожными ЭП, с системными симптоадреналовыми кризами, типичными прозопалгиями, частично с цефалгическими, кардиальными, мигренозными и атипичными пароксизмами. Группу больных с преобладанием ваготонических вегетативных реакций составили больные с генерализованными и парциальными бессудорожными пароксизмами, с системными вегетативным, 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 тоне. 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 симпаталгии. 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.