

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Мавжуда Эргашевна,

Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии,
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: пароксизмальные состояния, подростковый возраст, судорожный синдром.

ЎСМИРЛАРДА ПАРОКСИЗМАЛ ҲОЛАТЛАР КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК-ПАТОГЕНЕТИК ВАРИАНТЛАРИ

Абдуллаева Мавжуда Эргашевна,

Болаларкасаликларипропедевтикасига поликлиник педиатрия кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Ўсмирлик даврида кўпроқ пароксизмал ҳолатлар кузатилиб, улар талваса билан, синкопал ҳолатлар, алгиялар, вегето – қон томир кризлар (паник ҳужум) ва бошқаларда намоён бўлади.

БЖССТ маълумотиға кўра, олиб борилган бир қатор изланишлар натижалари шуни кўрсатдики, пароксизмал ҳолатда ўсмирларда нейровегетатив ва ҳиссий доирада ўзгаришлар 20 – 40% ҳолатларда учрайди.

Калит сўзлар: пароксизмал ҳолатлар, ўсмирлик даври, талваса синдроми.

CLINICAL-PATHOGENETIC OPTIONS OF THE COURSE OF PAROXYSMAL STATES IN ADOLESCENTS

Abdullaeva Mavzhuda Ergashevna,

Department of Propedeutics of Childhood Diseases and polyclinic pediatrics,
Andijan State Medical Institute.

✓ Resume

In adolescence, paroxysmal conditions (PS) are often found that are 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, который включает в себя детей в возрасте от 10 до 20 лет[2,6]. После периодов новорожденного и грудного возраста, подростковый является третьим периодом детства, когда организм совершает физиологический скачок и перестройку большинства органов и систем[3,7]. В этот критический период особое место среди различных нозологи-

ческих форм занимают заболевания, в клинической картине которых ведущим синдромом являются пароксизмальные состояния[1].

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[4]. В основе пароксизмальных состояний лежит дисрегуляция нейроиммунных и эндокринных взаимоотношений. Приводимые, в литературе сведения о нарушениях иммунной, нейроэндокринной 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, нейропсихофизиологических и иммунологических харак-

теристик пароксизмальных состояний у детей подросткового возраста выделить их клинко-патогенетические варианты и разработать комплексные программы реабилитации данной категории больных.

Материал и методы исследования

Обследование и лечение больных с ПС проводилось в условиях клиники нервных болезней на базе клиники АГМИ. 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.

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 течения 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 клинко-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 тоне у больных ЭП. Среди больных неэпилептическими и

субклиническими ПС отмечено преобладание вагосинусных вегетативных реакций. Наиболее выраженная ваготоническая реакция была отмечена среди больных синкопальными пароксизмами (71,4%), у больных мигренозными пароксизмами (67,3%), среди больных атипичными прозопагиями (73,8%), а также у больных абдоминальными (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 симпатоадреналовыми кризами, типичными прозопагиями, 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 вегетативными, синкопальными, абдоминальными пароксизмами, большая часть с мигренозными приступами и атипичными прозопагиями. 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 симпатикотонических 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 нарушение 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

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 субкли-

нических пароксизмах выявляется преобладание медленноволно-вой активности в диапазонах Д, 9, стволн.

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. Балакирева Е.А. Аффективно-респираторные пароксизмы у детей / Е.А. Балакирева, А.Ф. Неретина // Вестник новых медицинских технологий. -Тула, 2009.-С. 309-310.

2. Карлов В.А. Эпилепсия у подростков / В.А. Карлов, А.С. Петрухин // Журн. невропат. и психиатр. 2012. - Т. 9. - С. 9-13.
3. Трепилец С.В. Диагностика эпилепсии в детской амбулаторной практике / С.В. Трепилец: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. Москва, 2009. - 28 с.
4. Bidabadi E., Mashouf M. Association between iron deficiency anemia and first febrile convulsion: a case-control study / E. Bidabadi, M. Mashouf // Seizure. -2009.-V.18.-P.347-351.
5. Wallace S J. Epilepsy in children / S.J. Wallace, K. Farrell et al. London. Arnold Press, 2014. - 497 p.
6. Wallace SJ. The child with febrile seizures / S.J. Wallace. London. John Wright, 2018-358 p.
7. Zaidi A. Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause / A. Zaidi, P. Clough, P.Cooper et al. // J. Am. Coll. Cardiol.-2010.-V. 36,N 1.-P. 181-184.

Поступила 09. 11. 2020