

УДК 616.831-009.832.616.831-07

## ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ СВІДОМОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

В. Д. Деменко, Л. І. Закрутько, Т. В. Маркова, В. А. Ярош, Л. М. Шевченко,  
Н. О. Широкова, В. В. Меркулова

Харківська медична академія післядипломної освіти,  
Центральна клінічна лікарня № 5, Харків

**Ключові слова:** віддалені наслідки черепно-мозкової травми, пароксизмальні порушення свідомості, епілептичні напади, синкопальні пароксизми, комп'ютерна томографія, реоенцефалографія, електроенцефалографія, діагностика.

Віддалені наслідки черепно-мозкової травми нерідко супроводжуються пароксизмальними порушеннями свідомості. Значна поширеність гострої черепно-мозкової травми та зростання її частоти зумовлюють і збільшення кількості віддалених наслідків цієї патології. За статистичними даними, в Україні частоту черепно-мозкових травм характеризує середній річний показник 4 особи на 1000 населення [1, 2, 4].

Після черепно-мозкової травми, незалежно від її тяжкості, за даними різних авторів, у 30–50 % потерпілих виникають віддалені її наслідки, серед яких пароксизмальні порушення свідомості (ППС) становлять 10 % випадків [1, 5]. Хоч є багато наукових публікацій стосовно ППС у віддаленому періоді травми, це питання потребує подальшого дослідження. Черепно-мозкової травми зазнають найчастіше люди молодого, працездатного віку, тому названа проблема має не тільки медичне, а й велике соціально-економічне значення [1, 3].

Пароксизмальні розлади свідомості поділяються на епілептичні напади та зомління. Складність диференціальної діагностики ППС зумовлена спільністю таких їхніх клінічних ознак, як непритомність і падіння, що супроводжуються різноманітними вегетативними проявами [2, 3, 5].

Псевдоепілептичні напади подібні до епілептичних, що створює значні труднощі для диференціальної діагностики. У структурі останніх перед ведуть синкопальні пароксизми [2].

Диференціальна діагностика непритомності та епілептичних нападів є складною, особливо на початковій стадії хвороби. Найбільше діагностичних помилок буває стосовно хворих із випадками непритомності [2, 5].

Труднощі діагностування виникають за наяв-

ності атипових епілептичних нападів, клінічна картина яких нагадує непритомність, що дало підставу авторам [1] називати їх «подібною до запаморочення» формою нападів.

Мета роботи. Встановити діагностичні ознаки для розрізнення епілептичних нападів і непритомності у хворих із віддаленими наслідками черепно-мозкової травми.

### Матеріали і методи

Обстежено 102 хворих із віддаленими наслідками черепно-мозкової травми. Середній вік пацієнтів становив 40 років. Серед них було 62 чоловіки (60 %) та 40 жінок (40 %). У 72 % пацієнтів встановлено напади, у 28 — непритомність. Тоніко-клонічні напади були наявні у 22,9 % пацієнтів, абсанси — у 15,4 %, парціальні — у 13,9 %, парціальні із вторинною генералізацією — у 10,3 %, поліморфні — у 9,5 % обстежених. Давність травми — від 1 до 6 років.

Проведено комплекс обстежень, серед них: визначення неврологічного статусу в динаміці, комп'ютерна томографія, реоенцефалографія, електроенцефалографія (моніторинг).

### Результати та обговорення

Під час обстеження великого значення надавали опису самого пароксизму, стану після нього, з'ясування частоти пароксизмів. Інформацію отримували від самого хворого та від очевидців епізоду.

У разі епілептичних нападів після знепритомнення спостерігався соноподібний стан. У хворого після нападу була повна його амнезія, а також амнезія обставин, які передували нападу. Амнезія нападів була атрибутом генералізованих пароксизмів у 12 хворих (11,7 %) та комплексних парціальних нападів у 8 % обстежених. Це можна пояс-

нити тим, що мозок під час епілептичного нападу не засвоює жодної інформації [6].

Характерною ознакою у хворих із безсудомними епілептичними нападами, які спостерігались у 15 хворих (14,7%), було раптове зомління без очевидних причин та провокаційних чинників. Непритомність наставала раптово, часто на тлі задовільного стану, без виразних провісників. Опритомнення відбувалося поступово.

У хворих із синкопальними пароксизмами спостерігалось характерне несприятливе судинне тло, схильність до артеріальної гіпотонії, фізична та психічна перевтома. Непритомність часто наставала поступово та супроводжувалася відносно повільним зниженням м'язового тону. У 17,6% обстежених із синкопальними пароксизмами були наявні такі вегетативно-судомні порушення: зниження артеріального тиску, слабке наповнення пульсу, брадикардія та тахікардія, блідість шкірного покриву, загальний або локальний гіпергідроз, поверхневе, часте дихання. Непритомність найчастіше тривала кілька хвилин. Опритомнення було швидким, після чого хворі відразу ж орієнтувалися в часі та навколишньому середовищі, пам'ятали обставини, що передували непритомності. Упродовж кількох годин вони почувалися слабкими. Специфічним є те, що синкопальні пароксизми ніколи не виникали у горизонтальному положенні та під час сну.

Ми виявили низку клінічних ознак, що їх традиційно вважають патогномонічними для епілептичних пароксизмів, однак вони можуть бути також наявні під час деяких синкопальних станів [2, 3, 4]. У 3% хворих із синкопальними пароксизмами спостерігали тонічні, а іноді й клонічні, судоми, однак мимовільного сечовипускання та дефекації в них не було.

У всіх обстежених хворих із віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми пароксизмальні порушення свідомості виникали на тлі органічної неврологічної симптоматики.

У неврологічному статусі у всіх хворих була наявна розсіяна неврологічна симптоматика. Ознаки лікворно-венозної дистензії спостерігали у 86% обстежених, анізорефлексію — у 15%, атаксію у 31%, вегетативну дистонію у 26% обстежених хворих. У більшості випадків ми спостерігали поєднання кількох симптомів. Відзначили також, що органічна неврологічна симптоматика частіше була наявна у хворих з епілептичними нападами, ніж у пацієнтів із синкопами.

Комп'ютерна томографія виявила морфологічні зміни речовини мозку та його оболонки у 82,4% обстежених. У 61,6% хворих з епілептичними на-

падами — частіше, ніж у пацієнтів із випадками непритомності, — спостерігали лікворно-динамічні порушення, які призводять до атрофічних змін речовини головного мозку, кістозно-атрофічні процеси мали місце у 13,8%, переважно атрофічні зміни спостерігали у 8,8% обстежених. Кістозно-атрофічних змін у хворих із випадками непритомності не виявлено. Картину томографічної норми частіше спостерігали у хворих із синкопами.

Результати дослідження церебральної гемодинаміки засвідчили, що за епілептичних пароксизмів частіше знижується лінійна швидкість кровотоку в півкулях мозку, де в 29,4% хворих мали місце грубіші структурні порушення речовини та оболонки головного мозку. У 24,5% пацієнтів був утрудненим венозний відтік із порожнини черепа. У разі синкопальних пароксизмів лінійна швидкість кровотоку істотно не змінювалася, але в 11,7% хворих зареєстровано підвищення судинного тону й утруднення венозного відтоку.

Електроенцефалографія (ЕЕГ), проведена у період синкопального пароксизму, відрізняється від такої у разі епілептичного нападу відсутністю епілептичної активності у хворих із випадками непритомності. У період між нападами зміни на ЕЕГ також були різними. Ознаки органічного ураження мозку частіше спостерігалися і були виразнішими у хворих із епілептичними нападами.

Зміни на ЕЕГ у хворих із пароксизмами синкопального характеру, найімовірніше, зумовлені гіпоксією, що періодично виникає внаслідок частотої ішемії мозку. Коли пароксизми були рідкісними, як чинник, рідкісними були й епізоди гіпоксії, які не спричиняли істотних змін у тканинах мозку, результати ЕЕГ також залишалися в межах норми. У разі триваліших та частіших впливів гіпоксії на головний мозок на ЕЕГ виникали зміни електричної активності у вигляді уповільненої коркової ритміки та наявності білатерально-синхронних спалахів повільних хвиль.

## Висновки

1. У диференціальній діагностиці епілептичних нападів та синкопальних пароксизмів не можна спиратися на одну або дві діагностичні ознаки, потрібно застосовувати всі доступні методи дослідження.

2. Основні підстави для диференціального діагностування пароксизмальних порушень свідомості дають клінічні прояви хвороби, результати комп'ютерної томографії або ядерної магніторезонансної томографії, дослідження церебральної гемодинаміки та біоелектричної активності головного мозку.

### Цитована література

1. Гехт А. Б. Современные стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе / А. Б. Гехт, Г. Н. Авакян, Е. И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии. — 1999. — № 7. — С. 4–7.
2. Дубенко А. Е. Дифференциальная диагностика бессудорожных эпилептических припадков с синкопальными состояниями / А. Е. Дубенко, В. И. Калашникова, И. В. Ремяк // Вісник епілептології. — 2002. — № 1. — С. 62–63.
3. Емельянов А. Ю. Синдром посттравматической эпилепсии / А. Ю. Емельянов, И. М. Ефимов // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб., 2000. — С. 397–398.
4. Педаченко Е. Г. Черепно-мозговая травма: принципы невідкладної допомоги, стандарти діагностики та лікування // Лікування та діагностика. — 1999/2000. — № 4-1. — С. 31–34.
5. Структурно-функціональні взаємовідносини у хворих з посттравматичною гідроцефалією у віддаленому періоді черепно-мозкової травми / В. Д. Деменко, Н. Ф. Базарний, В. В. Борисенко та ін. // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, № 2 (31). — С. 37–38.
6. A positive criterion in the differential diagnosis between epileptic and pseudoepileptic seizures / J. Kuyk, P. Spinhoven et al. // Epilepsia. — 1999. — Vol. 40, N 4. — P. 485–491.

### Дифференциальная диагностика пароксизмальных нарушений сознания у больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы

*В. Д. Деменко, Л. И. Закрутько, Т. В. Маркова, В. А. Ярош, Л. М. Шевченко,  
Н. О. Широкова, В. В. Меркулова*

В работе обобщены результаты обследования 102 больных с пароксизмальными нарушениями сознания (синкопы, эпилептические припадки) в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Авторами показано, что применение комплекса современных информативных методов исследования позволяет более точно определить характер пароксизмов.

### Differential diagnostic of paroxysmal consciousness disorders in patients with the long-term craniocerebral injury consequences

*V. D. Demenko, L. I. Zakrut'ko, T. V. Markova, V. A. Yarosh, L. M. Shevchenko,  
N. O. Shyrokova, V. V. Merkulova*

In the paper the results of examination of 102 patients with paroxysmal consciousness disorders (syncope, seizures) in the long-term period after craniocerebral injury are presented. It has been shown that the use of up-to-date informative investigation methods' complex allow to determinate the paroxysms character.