

гресс с обеих сторон и в этой области. Хочется надеяться, что молодежь подхватит эстафету нашей работы и творчески ее расширит.

К сожалению, в течение прошедших 10 лет произошли и очень печальные события. Из наших рядов навсегда ушли те, которые вместе с нами начинали идти по этому пути. Академик Левон Бадалян оставил неизгладимый след не только в советской неврологии, но и в сердцах всех тех немецких коллег, которым посчастливилось с ним общаться. Ушли из жизни ректор Ивановского медицинского университета чл.-корр. РАМН, проф. Е.Бурцев, проф. Г.Бурд, проф. П.Темин. Недавно внезапно скончался директор клиники детской эпилепсии в Билефельде д-р Г.Бениг. Эти потери трудно восполнимы.

Констатируя итоги совместной с немецкими учеными деятельности, мы не можем не упомянуть еще об одном факторе, имеющем очень большое значение: в эти годы возникли теплые дружественные взаимоотношения между учеными обеих стран, мы стали ближе и понятнее друг другу, и это укрепляет надежду на будущее. Красноречив уже сам факт, что нам, неврологам Германии, оказана честь быть приглашенными на очередной VIII Всероссийский съезд неврологов. Мы уверены, что этот съезд будет очередной ступенью в развитии теоретической и клинической неврологии, поскольку познакомит собравшихся на нем с новыми научными достижениями и с их использованием на практике.



УДК 616.8-039.31-053.7-08

К.Г.Ганеев

ИНТЕГРАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Нижегородская государственная медицинская академия

Изучено развитие патологических механизмов пароксизмальных состояний эпилептической и неэпилептической природы пубертатного периода. Систематизированный подход к выявлению заинтересованности многих систем организма, обеспечивающих гомеостаз (психической, вегетативной, иммунной), выявил их несостоятельность. С учетом главенствующей роли ЦНС в осуществлении приспособительных, адаптивных функций организма формирование пароксизмального состояния (ПС) рассматривается как одно из проявлений дизадаптации ЦНС в периоде гормонального дисбаланса.

ПС — это обобщенное понятие, которое включает в себя судорожные и бессудорожные пароксизмы эпилептического и неэпилептического генеза. ПС не является нозологической формой заболевания: это патологический синдром, который может иметь ведущее значение в клинической картине различных заболеваний. Большое разнообразие клинических

проявлений пароксизмальных состояний обусловлено их полиэтиологичностью. Несмотря на то что ПС — это проявления совершенно различных заболеваний, во всех случаях обнаруживаются общие этиологические и патогенетические факторы.

Целью настоящей работы было выявление общих этиологических и патогенетических факторов развития ПС с разработкой общих подходов к интегральной системе оздоровления больных подростково-юношеского возраста с пароксизмальными состояниями.

Под наблюдением находились 645 больных с ПС (370 лиц мужского и 275 — женского пола) в возрасте от 10 до 20 лет: 278 подростков и 367 лиц юношеского возраста. По клиническим проявлениям все больные были распределены на три основные группы: 1-я группа — с эпилептическими пароксизмами (189 чел.), 2-я — с неэпилептическими пароксизмами (377), 3-я — с субклиническими проявлениями, неклассифицируемые ПС (79).

Длительность заболевания колебалась от одного года до 12 лет.

Обследование и лечение больных ПС проводилось в условиях клиники нервных болезней на базе областной клинической больницы им. Н.А.Семашко, гарнизонного военного госпиталя и поликлиники № 30 Советского района Н.Новгорода. Комплекс общеклинического обследования включал сбор анамнестических данных, клинико-неврологическое обследование больных, исследование периферической крови, мочи на содержание катехоламинов и кортикостероидов, изучение иммунного статуса (содержание Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров, соотношение Т-хелперов/Т-супрессоров, содержание иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов в крови), церебральной гемодинамики методами реоэнцефалографии, ультразвуковой доплерографии, функционального состояния центральной нервной системы методом электроэнцефалографии, функционального состояния вегетативной нервной системы по трем показателям (исходный вегетативный тонус, вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение физической деятельности), психологических и характерологических особенностей больных с помощью опросников Г.Айзенка (1968), Ч.Спилбергера (1976), А.Е.Личко (1970) и методом рисуночного теста "Несуществующие животные", электрического сопротивления кожи в репрезентативных точках по Накатани в модификации В.Г.Вогралика, М.В.Вогралика (1988), компьютерно-томографическое исследование головного мозга.

Комплексное обследование больных ПС позволило выявить различные нарушения в функциональном состоянии органов и систем. В 46% наблюдений обнаружено наличие соматических заболеваний. Особенностью больных ПС являлось частое у них сочетание (37,8%) с такими заболеваниями, как энурез, энкопрез, заикание, аллергия (диатез, нейродермит, бронхиальная астма), снохождение, сноговорение и др. При изучении возможных общих этиологических факторов развития ПС отмечено наличие патологии пре- и перинатального периодов развития (36,97%), травмы головного мозга, в том числе родовые (27%), инфекции, в том числе нейроинфекции (18%), наследственная предрасположенность (12,2%). В 5,8% случаев причины развития заболевания выявить не удалось.

При клинико-неврологическом исследовании больных ПС, кроме специфических жа-

лоб для каждой нозологической формы заболевания, общими являлись жалобы на головные боли, повышенную утомляемость, раздражительность, тревожность, снижение концентрации внимания, памяти, нарушение сна, снижение аппетита.

Изучение вегетативного статуса больных ПС выявило дизадаптацию эрго- и трофотропных систем. В исходном вегетативном тоне преобладали ваготонические вегетативные реакции (68,2%); вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение физической деятельности оценивались как избыточные у 76,3% больных. Результаты, полученные при исследовании состояния церебральной гемодинамики у больных ПС, указывают на наличие значительных изменений по сравнению со здоровыми лицами. Основными факторами, влияющими на характер церебральной гемодинамики, явились состояние гемодинамики организма в целом (наличие гипер- и гипотонии), местные нарушения кровоснабжения, расстройства сосудистой проницаемости при различных патологических состояниях, гипоксия, изменение внутричерепного давления под воздействием травмы, инфекций, интоксикаций, уровень сосудистой реактивности. Наряду с нарушениями в артериальной системе у больных в 73,1% случаев имели место нарушения в венозной системе. В начальных стадиях это проявлялось растянутой выпуклой катакротой с высоким дикротическим зубцом. При длительных застойных явлениях в венозной системе появлялись признаки сосудистой атонии.

Данные КТ-обследования головного мозга свидетельствуют о наличии органических изменений у больных ПС, которые выражались в форме сужения или расширения желудочков, цистернальных пространств, кистозных образований субарахноидальных пространств, сглаженности кортикальных борозд, петрификатов участков демиелинизации.

При исследовании функциональной активности головного мозга методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) у всех больных ПС выявились общие изменения, которые характеризовались неспецифическими проявлениями дисфункции биоэлектрической активности в виде запаздывания возрастного формирования основных физиологических ритмов, нарушения их зонального распределения, изменения реактивности на функциональные пробы, нарушения представительства медленноволновой активности. Дизритмия и функциональная незрелость мозга обычно являлись признаком органического поражения в пре-, пе-

ринатальном периодах развития плода. Пароксизмальная активность на ЭЭГ выражалась наличием острых потенциалов, “спайк-волн”, комплексов “острая-медленная волна”, “пик-волна”, генерализованными вспышками тэта-, дельта-волн.

Полученные данные нейропсихологического обследования больных пубертатно-юношеского возраста свидетельствовали о наличии выраженных изменений в их психической сфере. У больных ПС нередко развиваются психопатологические нарушения. ПС часто сопровождаются девиантными формами поведения, которые отягощают течение заболевания и требуют специальных методов коррекции — медицинских, педагогических, психологических, социальных.

Рассматривая ПС как заболевания, при которых имеются нарушения нейроэндокринной регуляции, мы можем предположить наличие соответствующих изменений в деятельности надпочечников. Это связано прежде всего с функциональной активностью ЦНС и нарушением интегрирующих функций диэнцефального отдела головного мозга. Под контролем гипоталамуса происходят синтез в надпочечниках и выбрасывание в русло крови катехоламинов и кортикостероидов. Результаты исследований указывают на повышение содержания катехоламинов в периоде, предшествующем развитию ПС и затем на постепенное снижение до границ нормы. Содержание кортикостероидов, как правило, в предкризовом периоде снижалось до нижних границ нормы и в постприступном периоде имело тенденцию к возрастанию. Изучение иммунного статуса у больных ПС позволило выявить снижение содержания в крови Т-лимфоцитов в большинстве случаев за счет снижения уровня Т-супрессоров по сравнению с таковым у здоровых. Зарегистрированы повышение содержания В-лимфоцитов, возрастание иммунорегуляторного коэффициента (соотношение Т-хелперов/Т-супрессоров), содержание иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов.

Таким образом, полученные данные указывают на то, что в основе развития ПС лежат нарушения нейроиммунно-эндокринных взаимоотношений, возникающие на фоне органической церебральной патологии, а также на то, что ПС являются заболеваниями нервной регуляции.

Исходя из положения о наличии у больных ПС общих этиологических и патологических механизмов развития заболевания, был разработан общий подход к реабилитацион-

ным мероприятиям. Этот подход основан на восстановлении регулирующих функций ЦНС вегетативной эндокринной и иммунной систем, оптимизации взаимоотношений эрго- и трофотропных систем адаптации путем снижения повышенной вегетативной и иммунной реактивности, повышении адаптационных механизмов, препятствующих развитию ПС. Для решения этих задач использовались медикаментозный метод лечения и акупунктура. Медикаментозная терапия осуществлялась в зависимости от нозологической формы заболевания и клинических проявлений пароксизмальных состояний. В комплекс медикаментозных средств включали препараты, действие которых было направлено на снижение биоэлектрической активности головного мозга, улучшение церебральной гемодинамики. По показаниям проводили дегидрационную, рассасывающую, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию. В случаях нарушений со стороны психоэмоциональной сферы использовали нейролептики и транквилизаторы.

При всех ПС были назначены противосудорожные и иммуномодулирующие препараты; продолжительность лечения больных эпилептическими пароксизмами варьировала от 3 до 5 лет. Медикаментозная терапия неэпилептических пароксизмов осуществлялась курсами в течение 2—3 недель. В зависимости от характера клинических проявлений проводились 2—3 курса лечения.

Акупунктуру (АП) использовали у больных ПС как дополнительно к медикаментозному лечению, так и самостоятельно. АП обладает широким спектром действия, оптимизируя нейроэндокринные и нейроиммунные взаимоотношения. Для каждой из изучаемых нозологических форм ПС нами разработаны универсальные схемы АП, основной задачей которых являлись гармонизация и укрепление гомеостатических возможностей организма, восстановление жизненного тонуса, стимуляция психической и физической работоспособности, повышение устойчивости организма к действию экстремальных факторов. Курс лечения эпилептических пароксизмов составлял 7 дней с последующей поддерживающей терапией в течение всего периода течения заболевания, а неэпилептических пароксизмов методом АП — 10—12 дней с последующим проведением 2—3 курсов поддерживающей терапии. Длительность наблюдения за больными колебалась от 2 до 10 лет.

В результате проведенного медикаментозного лечения больных ПС положительный эффект был достигнут в 84,3% случаев, со-

провождавшихся прекращением или существенным урежением частоты приступов. Частота пароксизмов уменьшилась незначительно в 8,9% наблюдений. Терапевтический эффект отсутствовал в 6,8% случаев.

Положительный эффект в результате лечения был отмечен в 76,3% наблюдений. Незначительное урежение пароксизмов наблюдалось у 16,1% больных. Лечение оказалось неэффективным в 7,65% случаев. Наиболее результативным был сочетанный метод лечения — медикаментозная терапия и акупунктура: положительный эффект — в 88,4% случаях, незначительное урежение пароксизмов — в 6,2%, отсутствие эффекта — в 5,4%.

Медикаментозная терапия субклинических (неклассифицируемых) пароксизмов проводилась с использованием в качестве базисных препаратов клоназепама, глицина, глютаминовой кислоты, пантогама. С целью стимуляции Т- и В-клеточного иммунитета назначали спленин и тималин. В результате медикаментозной терапии положительный терапевтический эффект был достигнут в 95,6% наблюдений. Эффективность АП больных с субклиническими пароксизмами составила 94,3%, а сочетанной терапии — 100%.

Особенностью пубертатно-юношеского возраста является высокий уровень иммунной, ве-

гетативной реактивности и тесно связанной с этим высокой уровень судорожной готовности. При этом повышается возможность развития ПС эпилептического и неэпилептического генеза, а также трансформация неэпилептических пароксизмов в эпилептические. Поэтому лечение на ранних этапах развития заболевания, на этапе донозологических форм, в большинстве случаев дает положительный терапевтический эффект, который выражается в полном выздоровлении либо в значительной степени в уменьшении клинических проявлений заболевания и в более длительных сроках ремиссии.

Таким образом, на основании проведенного комплексного исследования больных ПС пубертатно-юношеского возраста и их лечения можно сделать предположение о наличии общих этиологических и патогенетических 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.

