



УДК 616.8 - 009.832 - 03 - 053.81"465.17/.27"

И.П. Дроздова¹, Т.А. Захарычева¹, И.В. Гнатышев², О.А. Чернова², Н.Н. Рудаметова², С.Ч. Кузенная²

НЕЙРОГЕННЫЕ СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
301-й Окружной военный клинический госпиталь², г. Хабаровск*

Синкопе (греч. *syncope* — обморок) — внезапная потеря сознания неэпилептической природы, возникающая вследствие диффузного нарушения метаболизма мозга — при резком падении артериального давления (АД), уменьшении мозгового кровотока или расстройствах обмена [6]. Обмороки достаточно широко распространены в популяции, чаще возникают в юношеском возрасте, могут представлять опасность для больного, существенно ограничивают его активность и сложны для диагностики [3, 4, 6, 8, 9].

Выделяют следующие виды обмороков: нейрогенные кардиоваскулярные, кардиогенные, ортостатические, психогенные и обусловленные преходящей ишемией мозга [2]. Нейрогенный кардиоваскулярный обморок — самый частый вариант обморочных состояний в подростковом и молодом возрасте: снижение венозного возврата к сердцу при вставании или длительном стоянии активирует симпатическую систему, вызывает форсированное сокращение желудочков и раздражение механорецепторов в крупных сосудах и стенке левого желудочка; в ответ тормозится активность симпатической системы и резко активизируется блуждающий нерв, что приводит к вазодилатации, брадикардии и резкому падению АД [1].

Неэпилептические пароксизмы изучены преимущественно у детей и подростков [7]. В доступной литературе мы обнаружили лишь единичные работы по проблеме обмороков в молодом возрасте.

Цель исследования — изучение причин и проявлений нейрогенных синкопальных состояний у лиц призывного возраста.

Материалы и методы

Обследовано 72 мужчины 18-25 лет (средний возраст $20,37 \pm 2,41$ г.) с синкопальными состояниями путем анкетного опроса, экспертной оценки медицинских книжек и карт стационарного больного, углубленного

медицинского осмотра и лабораторно-инструментального тестирования: общего анализа крови и мочи, глюкозы крови, ЭКГ, компьютерной томографии головного мозга (КТ ГМ), ультразвуковой ангиодоплерографии магистральных сосудов головы и шеи (УЗДГ), электроэнцефалографии с депривацией сна (ЭЭГ), исследования когнитивных вызванных потенциалов, рентгенографии шейного отдела позвоночника, кардиоинтервалографии (КИГ), ортостатической пробы с мониторингом показателей гемодинамики, ультразвукового исследования внутренних органов и сердца (УЗИ), холтеровского мониторинга с 24-часовой регистрацией ЭКГ, осмотра глазного дна. Диагноз формулировали в соответствии с действующим приказом [5]. Лица с органическими поражениями нервной, сердечно-сосудистой систем и эпилепсией у родственников были исключены из выборки. Все цифровые данные были обработаны общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Средний возраст дебюта заболевания составил $17,24 \pm 3,16$ г., средняя продолжительность заболевания $2,1 \pm 0,6$ г. Частота документально подтвержденных пароксизмов в течение последнего полугодия варьировала от 1-2 до 5-6 и более раз в месяц при среднем количестве синкопальных эпизодов $6,2 \pm 3,8$.

Приступы характеризовались кратковременностью (15-150 с) и стереотипностью: кратковременное ощущение дурноты перед утратой сознания (80,56%), потливость (54,17%), сердцебиение (66,67%), а после восстановления сознания — общая слабость (100%) и дискомфорт в брюшной полости (23,61%). Перманентная вегетативная дисфункция имела место в 100% случаев и была представлена дистальным гипергидрозом, стойким разлитым красным дермографизмом, тремором век и пальцев вытянутых рук в пробе с закрытыми глазами, симметричной

гиперрефлексией. Патологические изменения на КТ ГМ отсутствовали. Клинико-anamnestические данные представлены в таблице.

Наиболее часто синкопы были спровоцированы длительной статической нагрузкой (55,56%), депривацией сна (30,56%) и пребыванием в душном помещении (12,5%).

В структуре пароксизмальных расстройств сознания преобладали редкие обмороки (58,33% случаев) с кратковременной потерей сознания, без судорог, частотой до 2 раз в год, дебютировавшие, главным образом (73,81%), в период службы в армии после депривации сна, физического и статического напряжения (пребывание в наряде, построение и т.п.) — первая группа. Очаговые стволовые микросимптомы (слабость конвергенции и диффузная мышечная гипотония) выявлены лишь у 9,53% обследованных лиц. На ЭЭГ в 92,86% случаев обнаруживались умеренные общемозговые изменения и дисфункция стволовых срединных структур головного мозга в отсутствие локальной и пароксизмальной активности. Незначительная асимметрия линейной скорости кровотока (ЛСК) позвоночных артерий имела место в 19,05% наблюдений.

Клинико-anamnestические данные о пациентах с синкопальными состояниями, %

Показатели	Нарушения сознания по типу			
	обмороков		судорожных обмороков	
	редких (1) (n=42)	частых (2) (n=5)	редких (3) (n=19)	частых (4) (n=6)
Начало заболевания:				
- до призыва в армию	26,19	60*	15,79	50***
- в период службы	73,81	40*	84,21	50 ^A
Провоцирующие факторы:				
- депривация сна	71,43	60	31,58**	50***
- физическое и статическое напряжение	28,57	40*	52,63**	50
Неврологические симптомы:				
- вегетативная дисфункция	100	100	100	100
- микроочаговые поражения	9,53	20*	31,58**	66,67***. A
УЗДГ:				
- незначит. асимметрия ЛСК позвоночных артерий	19,05	0	10,53	16,67 ^A
КИГ:				
- гиперсимпатикотония	90,48	80	89,48	83,34
- нормотония	9,53	20*	10,53	16,67
Холтеровское мониторирование:				
- синусовый ритм, редкие экстрасистолы	90,48	100	89,48	100***
ЭЭГ:				
- общемозговые изменения, дисфункция стволовых срединных структур ГМ	92,86	80	10,53**	16,67 ^A
- снижение порога судорожной готовности ГМ	0	0	78,95**	66,67 ^A
Шейные спондилограммы:				
- признаки остеохондроза позвоночника	14,29	0	5,27**	0

Примечания. Различия достоверны (p<0,05-0,001): * — между 1 и 2; ** — между 1 и 3; *** — между 3 и 4; ^A — между 2 и 4.

Резюме

Представлены результаты обследования 72 лиц призывного возраста, страдающих вазовагальными и нейроркардиогенными обмороками вследствие дисфункции вегетативной нервной системы. В соответствии с типом и частотой синкопе выделены четыре подгруппы пациентов: с редкими пароксизмальными нарушениями сознания по типу обморока, с частыми пароксизмальными нарушениями сознания по типу обморока, с единичным пароксизмальным нарушением сознания по типу судорожного обморока и с частыми пароксизмальными нарушениями сознания по типу судорожных обмороков. Обсуждены этиологические и клинические характеристики различных типов синкопальных состояний.

Ключевые слова: обморок, синкопе, эпилептический припадок, лица призывного возраста.

I.P. Drosdova, T.A. Zacharicheva, I.V. Gnatishev, O.A. Chernova, N.I. Rudametova, S.C. Kusennaya

NEUROGENIC SYNCOPES IN THE ADOLESCENTS

Far eastern state medical university;
301 District military clinical hospital, Khabarovsk

Summary

We have studied 72 young men with vasovagal and neurocardiogenic syncope, caused by dysfunction of vegetal neural system. We divided all patients into four groups according to type and frequency of syncope, such as: group with rare paroxysmal loss of consciousness like syncope, group with frequent paroxysmal loss of consciousness like syncope, group with single paroxysmal loss of consciousness like convulsive syncope, group with frequent paroxysmal loss of consciousness like convulsive syncope. Different etiologic and clinical aspects of these syncopes were discussed.

Key words: syncope, epilepsy, adolescents.

Рентгенологически у 14,29% пациентов обнаружены негрубые (в рамках остеохондроза I-II ст.) дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника. По данным КИГ, преобладала гиперсимпатическая вегетативная реакция (90,48%). Холтеровское мониторирование в 90,48% случаев обнаружило синусовый ритм с редкими, диагностически незначимыми, суправентрикулярными или желудочковыми экстрасистолами.

Пароксизмальные нарушения сознания по типу обмороков с частотой 4,7±0,56 раза в год обнаружены у пяти пациентов (6,94% случаев) — вторая группа. Двое из них наблюдались по поводу резидуальной (перинатальной) энцефалопатии. Синкопы в этой группе также были спровоцированы эмоциональными и физическими нагрузками. На ЭЭГ кроме общемозговых изменений обнаруживалась ирритация срединных структур на диэнцефальном уровне и снижение порога судорожной готовности при гипервентиляции.

Более четверти пациентов (26,39% случаев) наблюдались по поводу ВСД с единичными обмороками, сопровождавшимися кратковременными судорогами, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием — третья

группа. Пароксизмы в 84,21% случаев дебютировали во время службы в армии, в отличие от бессудорожных синкопов, развивались после ночного сна во время умывания или утреннего построения. Очаговые стволые микросимптомы выявлены у 31,58% пациентов; УЗДГ сосудов патологии не обнаружило; по данным КИГ, в 89,48% случаев имела место гиперсимпатикотония, а фоновые и ортостатические пробы регистрировали нормальную активацию симпатического и снижение реактивности парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Эпилептиформная активность на ЭЭГ отсутствовала, но в 10,53% случаев отмечены легкие или умеренные нарушения биоэлектрической активности, усиление активирующего влияния ретикулярной формации и дисфункция стволых, срединных или гипоталамических структур при гипервентиляции. Холтеровское мониторирование регистрировало синусовый ритм и кратковременные, диагностически незначимые атриовентрикулярные блокады. В период пребывания пациентов в стационаре приступы не повторялись.

Пациенты (6 чел. — 8,33 % случаев) с ВСД и частыми (от 1 раза в мес. до 1 раза в 4 мес.) пароксизмальными нарушениями сознания по типу судорожных обмороков, впервые развившимися до призыва (50%) или во время службы в армии (50%), составили четвертую группу. Холтеровское мониторирование и УЗДГ сосудов шеи патологии не выявило, на ЭЭГ в 66,67% случаев обнаруживались изменения биоэлектрической активности головного мозга, дисфункция стволых и гипоталамических структур и снижение порога судорожной готовности головного мозга.

По заключению военно-врачебной экспертизы, пациенты с редкими обмороками были признаны годными к военной службе с незначительными ограничениями, пациенты с частыми обмороками и судорожными обмороками — ограниченно годными к военной службе.

Таким образом, очередной онтогенетический криз, приходящийся на период 10-20 лет, и военная служба с ее постоянным физическим и эмоциональным напряжением, способствуют возникновению или декомпенсации различных патологических состояний у предрасположенных лиц призывного возраста. Перинатальные поражения головного мозга могут быть выделены в группу факторов риска развития неврогенных обморочных состояний.

В связи с тем, что изменения на ЭЭГ, шейных спондилограммах и УЗДГ, обнаруженные у пациентов с синкопами, не являются специфическими, большое значение в диагностике церебрального пароксизма эпилептического и неэпилептического генеза приобретает электрокардиографическое и электроэнцефалографическое почасовое или суточное мониторирование.

Выводы

1. Подтверждено, что в основе формирования и реализации неврогенных обмороков у лиц 18-20 лет лежит недостаточная (не соответствующая возрасту) организация стволых-полушарного взаимодействия и нарушение адаптации сердечно-сосудистой системы к изменяющимся условиям среды, проявляющиеся неадекватной церебральной гемодинамикой.

2. Результаты клинко-инструментального обследования позволили выделить четыре основных подтипа пациентов с неврогенными синкопальными состояниями: с редкими пароксизмальными нарушениями сознания по типу обморока, с частыми пароксизмальными нарушениями сознания по типу обморока, с единичным пароксизмальным нарушением сознания по типу судорожного обморока, с частыми пароксизмальными нарушениями сознания по типу судорожных обмороков.

3. Обнаружено, что при судорожных обмороках чаще регистрируются косвенные изменения электроэнцефалографических показателей в виде дисфункции различных структур головного мозга ($p < 0,05$).

4. В группе пациентов с частыми судорожными обмороками преобладают лица с признаками резидуальной (перинатальной) энцефалопатии ($p < 0,05$).

Л и т е р а т у р а

1. Голицын С.П., Рогоза А.Н. и др. Возможности длительной ортостатической и велоэргометрической проб при дифференциальной диагностике синкопальных состояний неясного генеза // Тер. архив. - 2004. - №11. - С. 23-27.

2. Гусева И.А., Бондарева З.Г., Миллер О.Н. Причины синкопальных состояний у лиц молодого возраста // Рос. кардиологический журнал. - 2003. - №3. - С. 25-28.

3. Зенков Л.Р., Усачева Е.Л. Неэпилептические пароксизмальные расстройства и их диагноз // Эпилепсия и клиническая нейрофизиология. III Восточно-Европейская конф. - Гурзуф, 2000. - С. 33-34.

4. Косякина Н.В. Пароксизмальные состояния у лиц призывного возраста в Нижнем Новгороде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Н.Новгород: Изд-во Нижегородской мед. гос. академии, 2003. - 173 с.

5. Приказ министра обороны РФ от 20.08.2003 г. № 200 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных силах Российской Федерации». - С. 56-57.

6. Стыкан О.А. Акимов Г.А. Дифференциальная диагностика нервных болезней: руководство для врачей. - СПб.: Гиппократ, 2000. - С. 132-177.

7. Трошин В.Д., Густов А.В., Кравцов Ю.И. и др. Эпилепсия детей и подростков. - Н.Новгород: Изд-во Нижегородской мед. гос. академии, 2002. - 316 с.

8. Grubb B., Gerard G., Roush K. et al. Differentiation of convulsive syncope and epilepsy with head-up tilt testing // Ann. intern. med. - 1991. - P. 871-876.

9. Lempert T., Bauer V., Schmidt D. Syncope: A video metric analysis of 56 episodes of transient cerebral hypoxia // Ann. neurol. - 1994. - P. 233-239.

Координаты для связи с авторами: Дроздова Ирина Петровна — аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии; Захарычева Татьяна Адольфовна — доктор мед. наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом психиатрии и наркологии ФПК ППС, тел.: 8-(4212)-39-70-57; Гнатышев Игорь Викторович — начальник 34-го неврологического отделения; Чернова Ольга Александровна — начальник 12-го неврологического отделения; Рудаметова Нина Николаевна — врач-невролог; Кузенная Саня Чулпановна — врач отделения функциональной диагностики.

