

УДК 616,83—009,83

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК АПАЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ХРОНІЧНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО СТАНУ У ХВОРОГО ПІСЛЯ ЕЛЕКТРОТРАВМИ**Турак Ю.А., Булеца Б.А., Ігнатович І.І.***Великоберезнянська центральна районна лікарня Закарпатської області; Ужгородський національний університет, м.Ужгород***Ключові слова:** електротравма, постгіпоксична енцефалопатія, апалічний синдром, хронічний вегетативний стан

Вступ. Розлади свідомості часто зустрічаються у практиці невролога. Найважчим розладом свідомості є кома, коли настає повне виключення свідомості. При сопорі вона виключена частково. Оглушеність – більш легкий ступінь розладу свідомості, при якому хворий байдужий до оточуючих, аспонтанний, важко вступає у контакт. Особливим станом розладу свідомості є акінетичний мутизм, коли хворий лежить нерухомо із відкритими очима, не реагує на команди, але уважно розглядає все, що його оточує.

До рідкісних форм розладу свідомості

належать апалічний синдром (АС) та хронічний вегетативний стан (ХВС). Більшість авторів відмічають, що АС може тривати від кількох тижнів до 1 року, переходячи потім у ХВС.

Матеріали та методи. Ми проводимо клінічне та параклінічне обстеження, лікування та спостереження за хворим, у якого хронічний вегетативний стан триває 2 роки і 11 місяців.

Результати досліджень та їх обговорення. Наводимо виписку із історії хвороби № 638. Хворий П-к, чоловічої статі, 52 роки. 29 червня 1997 року під час роботи на бетономішалці в Чехії отримав електротравму струмом 380 В.

Внаслідок фібриляції передсердь, шлуночків та зупинки дихання у нього виникла постгіпоксична енцефалопатія із апалічним синдромом. До 27 липня 1997 року хворий лікувався в реанімаційному відділенні м. Табор у Чехії.

Стан хворого не покращувався. Апалічний стан тривав, і 28 липня 1997 року його реанімаційною бригадою доставлено до Великоберезнянської ЦРЛ Закарпатської області для подальшого лікування із трахеостоמוю, назогастральним зондом та уретральним катетером.

При огляді хворого 28 липня 1997 року в реанімаційному відділенні ЦРЛ встановлено: пульс 90 ударів за 1 хвилину, ритмічний; артеріальний кров'яний тиск 140/90 мм.рт.ст.; тони серця звучні, чисті. В легенях аускультативно везикулярне дихання. Верхні кінцівки проновані із затиснутими в кулак пальцями, напівзігнуті в ліктьових суглобах, екстензія ніг. Очі закриті. Тотальне більмо лівої рогівки. Права зіниця округлої форми, помірно розширена. Пряма реакція правої зіниці задовільна. На больові подразники не реагує. Реагує на надавлювання на очні яблука гримасою, відкриванням очей, екстензорним напруженням у верхніх та нижніх кінцівках. Спроби фіксувати увагу хворого не досягають успіху. Корнеальний рефлекс відсутній, жувальний та ковтальний пригнічені. Сухожилльні та періостальні рефлекси з рук торпідні $D = C$, з ніг знижені $D = C$. Черевні рефлекси не викликаються. Спонтанний симптом Бабінського та позитивний симптом Россолімо із обох боків. Менінгіальні знаки не викликаються.

Лабораторні дані: 1) Аналіз крові: еритроцити $3,44-4,12 \times 10^9$ /л, гемоглобін 101-145 гр/літр, лейкоцити $10,2-8,4 \times 10^9$ /літр, ШОЕ – 42-32-13 мм/год; 2) Аналіз сечі: білок 0,55-0,033 гр/літр, питома вага 1014-1026, епітелій – одиниці, лейкоцити 3-5 в полі зору, еритроцити 3-4-6 в полі зору, слизь +/- – /++++/, клітини ниркового епітелію; 3) Печінкові проби: сулемова 1, 9, малена +/-, білірубін загальний 16,0, прямий відсутній; 4) Залишковий азот 34,2; 5) Цукор крові 5,4 мл.моль на літр; 6) ПІК 96-101%; 7) Реакція Васермана від'ємна; 8) ЕКГ – дихальна аритмія, 88 за 1 хвилину.

Проведено лікування: препарати “Пірацетам”, “Церебралізін”, “Енцефабол”, “Актовегін”,

“Кавінтон”, “Пентомер”, “Реополіглюкін”, “Прозерін”, “Еуфілін”, вітаміни В1, В6, В12, Е, РР, “Сульфокамфокаїн” антибіотикотерапія, масаж, ЛФК та ін.

22 листопада 1998 року хворого виписано додому для амбулаторного лікування.

Стан хворого на 22 березня 2000 року. Хворий у безсвідомому стані. Положення в ліжку по типу децеребраційної ригідності. Очі відкриті. Більмо лівої рогівки. Права зіниця помірно розширена. Квола пряма реакція правої зіниці. Хворий реагує на сильний больовий подразник гримасою, а сильний звуковий подразник – некоординованими рухами очних яблук. Фіксувати увагу хворого не вдається. Окулоцефалічний рефлекс збережений. Ковтальний рефлекс відсутній. Сухожилльні та періостальні рефлекси з рук $D = C$, з ніг D більше C , помірні. Спонтанний симптом Бабінського з правого боку. Позитивний симптом Россолімо із обох боків. Позитивний хоботковий симптом та Маринеску – Родовичі із обох боків.

У хворого сон змінюється неспання незалежно від часу доби. Хворий реагує поглядом, стоном на плач дружини. У хворого трахеостома, назогастральний зонд, через який проводиться годування. Сечовиділення без катетера 5-6 разів на добу.

В легенях везикулярне дихання. Кількість дихань – 18 за 1 хвилину. Тони серця чисті, ясні. Кров'яний тиск 120/80 мм.рт.ст., пульс 68 ударів за хвилину, ритмічний.

Висновок. Дане спостереження проливає світло на рідкісні форми розладу свідомості, і зокрема, на апалічний синдром та хронічний вегетативний стан. У хворого має місце грубе порушення кіркових функцій при збереженні окремих аутоматичних та вегетативних функцій.

Протягом одного року хворий перебував у апалічному стані, а зараз у нього сон і неспання чергуються незалежно від дня і ночі. У хворого не відновились функції вищої нервової діяльності, однак збережена регуляція дихання, серцевої діяльності, тобто він перебуває у хронічному вегетативному стані. Завдяки хорошому, регулярному, достатньому догляду хворий живе протягом 35 місяців після електротравми у ХВС, що є рідкісним випадком.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бартко Д., Дробні М. Неврологія – Братіслава, 1991 – с.426.
2. Виленський Б.Е. Неотложное состояние в неврологии. – Медицина, 1986 – с.298.
3. Пастор Е. Основи нейрохірургії. – Будапешт., 1985 – с.277.
4. Плюм Ф., Познер Дж.Б. Диагностика ступора і комї. – Філадельфія., М., 1986 – с.22-24,26

SUMMARY

A RARE CASE OF APALIC SYNDROME AND CHRONIC VEGETATIVE STATE IN A PATIENT AFTER ELECTRIC TRAUMA

Turak Yu.A., Buletsa B.A., Ignatovych I.I.

As a result of an electric trauma in patient developed a post-hypoxic encephalopathy with apalic syndrome. In a year's period the apalic state transformed into a chronic vegetative state in which the patient has been for the last 2 years and 11 months.

Key words: electric trauma, post-hypoxic encephalopathy, apalic syndrome, chronic vegetative state