

SCI-CONF.COM.UA

TOPICAL ASPECTS OF MODERN SCIENTIFIC RESEARCH



**PROCEEDINGS OF X INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
JUNE 13-15, 2024**

**TOKYO
2024**

TOPICAL ASPECTS OF MODERN SCIENTIFIC RESEARCH

Proceedings of X International Scientific and Practical Conference

Tokyo, Japan

13-15 June 2024

Tokyo, Japan

2024

UDC 001.1

The 10th International scientific and practical conference “Topical aspects of modern scientific research” (June 13-15, 2024) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2024. 602 p.

ISBN 978-4-9783419-2-1

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Topical aspects of modern scientific research. Proceedings of the 10th International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Tokyo, Japan. 2024. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/x-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-topical-aspects-of-modern-scientific-research-13-15-06-2024-tokio-yaponiya-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: tokyo@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2024 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2024 CPN Publishing Group ®

©2024 Authors of the articles

ВИПАДОК ПОВТОРНОГО ПАРАЛІЧУ ТОДДА З СУПУТНЬОЮ ВЕРТЕБРОГЕННОЮ ПОЛІРАДИКУЛОПАТІЄЮ

Симоненко Григорій Геннадійович

к.м.н., доцент

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Анотація: Відомо, що транзиторний центральний моно- або геміпарез (моно- або геміплегія) виникають після епілептичного нападу у разі значного виснаження ЦНС, що пов'язане з дисметаболічними розладами. Часто постіктальний параліч виникає при симптоматичній епілепсії внаслідок пухлини головного мозку. Диференціальна діагностика проводиться також з гострим порушенням мозкового кровообігу. Як правило, параліч Тодда відмічається після пароксизму джексоновської епілепсії, вторинно-генералізованих нападів, епістатусу. Інколи спостерігаються моторна афазія або геміанопсія.

Ключові слова: епілепсія, параліч Тодда, постіктальний період, електроенцефалографія, симптом Ласега.

Параліч Тодда, за різними даними відмічається від 4.3 до 13% випадків епілепсії [1], характеризується тимчасовим монопарезом або частіше – геміпарезом, а також гемігіпестезією. Функції відновлюються звичайно на протязі 1-2 діб. Вважається, що постіктальний (після епілептичного нападу) параліч виникає внаслідок інактивації NMDA рецепторів, або метаболічними, ішемічними та токсичними порушеннями. Диференціальну діагностику проводять з порушеннями мозкового кровообігу. Враховуючи фактори, які сприяють виникненню синдрому, виключають енцефаліт, пухлини ЦНС, важкі первинні захворювання, такі як печінкова недостатність, хронічна ниркова недостатність, серцево-судинна недостатність, цукровий діабет, туберкульоз,

сепсис [2, 3].

Клінічний випадок: Чоловік, 36 років, мешканець м.Києва, поступив до неврологічного відділення за електронним направленням транспортної госпіталізації.

Скарги при надходженні: на втрату свідомості з розвитком судом, часткову втрату пам'яті на поточні події, загальну слабкість, біль в поперековому відділі хребта, яка віддає по задньо-боковій поверхні правої ноги, порушення ходи внаслідок болю, обмеження рухів у попереку.

Анамнез захворювання: З наданої медичної документації відомо, що сьогодні вранці на фоні відносного благополуччя виникла втрата свідомості з розвитком генералізованих клоніко-тонічних судом впродовж 3 хвилин, з прикусом язика, мимовільним сечовипусканням, після чого порушились рухи у правих кінцівках, спостерігались явища втрати пам'яті на поточні події. Доставлений у відділення екстреної допомоги київської міської лікарні, оглянутий черговим неврологом та для подальшого динамічного нагляду госпіталізований до неврологічного відділення в екстреному порядку.

Алергологічний анамнез не обтяжений. Туберкульоз, гепатит, цукровий діабет, венеричні захворювання заперечує.

Об'єктивно: Загальний стан хворого середньої важкості. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору. В легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. Пульс 96 уд/хв, АТ 145/100 мм.рт.ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації, приймає участь в акті дихання. Периферичних набряків не виявлено.

Неврологічний статус: Свідомість збережена (ШКТГ 15 балів), в'ялий, продуктивний контакт збережений, афатичних розладів немає. Короткочасна пам'ять на поточні події різко знижена. Різко астенозований, фіксований на власних хворобливих відчуттях. Критика свого стану знижена. Очні щілини S=D, зіниці S=D, рухи очних яблук у повному обсязі. Конвергенція ослаблена з обох боків. Затухаючий дрібнорозгонистий горизонтальний ністагм з обох боків. Обличчя незначно асиметрично за рахунок прикушеної щоки та верхньої

губи. Язик відхилений вправо, сліди прикусу по краю язика справа. Дизартрія. Ковтання, фонація не порушені. Експерсія м'якого піднебіння у повному обсязі. Позитивні субкортикальні рефлексії. Сухожильні рефлексії з рук S=D, помірні; колінні D<=S, різко знижені, ахіллові D<=S, знижені. Симптом Ласега позитивний на правій нозі з кута 20°. Виражена пальпаторна болісність у паравертебральних точках поперекового та крижового відділів хребта з обох боків, з іррадіацією по боковій та задній поверхні правої ноги. Напруженість довгих м'язів спини на цьому ж рівні. Рух хребта у поперековому відділі обмежений. Хо́да щадна. Позитивний симптом Бабінського з 2 боків, чіткіше справа. Менінгеальні знаки відсутні. Пальце-носову та п'ятково-колінну проби виконує з дискоординацією справа. У позі Ромберга – хиткість. Порушень чутливості не відмічає. Функція тазових органів не порушена.

Обстеження: Загальний аналіз крові: Нв 153 г/л; Нт 431 тис, Ег 4,75 Т/л, Тг 310 Г/л, L 4,3 Г/л; л 26.1%, м 4.6%, н 69.3%, ШОЕ: 5 мм/ч. *Глюкоза крові:* 3,0 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: прозора, реакція кисла, питома вага 1010; білок не виявлений-; цукор не виявлений, ацетон негативний, L 5-6 в полі зору. *Біохімічний аналіз крові:* Загальний білок 75 г/л, сечовина 4.8 ммоль/л, креатинін 101.1 мкмоль/л, загальний холестерин 5.8 ммоль/л, загальний білірубін (непрямий) 11.8 ммоль/л, АЛТ 51.0 Од/л, АСТ 24.9 Од/л, С-реактивний протеїн негативний. *Коагулограма:* Протромбіновий індекс 78%, час рекальцифікації плазми 128 с, фібриноген 1462 мг/л, β-нафтоловий тест негативний, етаноловий тест негативний. *Довідка:* АТ до ВІЛ не виявлено. *Електрокардіограма:* ритм синусовий, правильний, помірні дисметаболичні зміни в міокарді. *MRT головного мозку* без патологічних змін.

Діагноз: Стан після повторних судомних нападів з розвитком транзиторної глобальної амнезії та післянападного правобічного паралічу Тодда. Вторинна вертеброгенна полірадикулопатія з переважним ураженням L4-L5 корінців справа з помірно вираженим больовим синдромом, м'язово-тонічними та статодинамічними порушеннями на фоні дегенеративно-

дистрофічних змін попереково-крижового відділу хребта, кили міжхребцевого диску L4-L5.

Хворий знаходився на стаціонарному лікуванні 9 днів. На 4 день у хворого розвинувся генералізований судомний напад впродовж 3 хвилин, з розвитком післянападного паралічу Тодда справа. Напад був купований введенням розчину сульфату магнію.

Лікування: магнію сульфат 25% 10.0 + аспаркам 10.0 + натрію хлорид 0.9% 200.0 в/в крапельно, армадін 2.0 в/м, диклофенак 3.0 в/м, омепразол 20 мг 2 капсули вранці, нуклео ЦМФ 2 капсули 2 р/день, лірика капсули 75 мг 2 р/д, Вальпроко-хроно 500 мг 2 р/день.

Рекомендовано: Спостереження сімейного лікаря, невролога за місцем проживання. Модифікація способу життя. Відмова від шкідливих звичок. Дієта з обмеженням солі, тваринних жирів, вуглеводів, що легко засвоюються. Уникати стресів, емоційного та фізичного перенавантаження, достатній за тривалістю сон. Постійний прийом протиепілептичних препаратів: Вальпроко-хроно 500 мг 2 р/день (контроль концентрації вальпроєвої кислоти в крові через 2 місяця). Діакарб 250 мг 1 таблетка вранці постійно (3 дні прийом, 3 дні перерва). Уникати психостимулюючих напоїв, спецій, гучних звуків, спалахів світла, 3D кіно. Уникати призначення ноотропних препаратів, вітамінів.

Висновок: Таким чином, у нашому випадку у пацієнта після повторних судомних нападів з розвитком транзиторної глобальної амнезії та післянападного правобічного паралічу Тодда на 4 день стаціонарного лікування розвинувся генералізований судомний напад впродовж 3 хвилин, з розвитком постіктального паралічу справа. Виражений больовий синдром внаслідок вторинної вертеброгенної полірадикулопатії з м'язово-тонічними та статодинамічними порушеннями на фоні дегенеративно-дистрофічних змін хребта спричиняли виснажливий неврологічний ефект. Корекція дози протиепілептичного препарату дозволило стабілізувати пацієнта.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Gallmetzer P, Leutmezer F, Serles W, Assem-Hilger E, Spatt J, Baumgartner C (June 2004). "Postictal paresis in focal epilepsies--incidence, duration, and causes: a video-EEG monitoring study". *Neurology*. **62** (12): 2160–4. doi:10.1212/wnl.62.12.2160. PMID 15210875. S2CID 352842
2. Oestreich L, Berg M, Bachmann D, Burchfiel J, Erba G (1995). "Ictal contralateral paresis in complex partial seizures". *Epilepsia*. **36** (7): 671–5. doi:10.1111/j.1528-1157.1995.tb01044.x. PMID 7555983. S2CID 8058284
3. Doudoux H, Fournier M, Vercueil L. Postictal syndrome: The forgotten continent. An overview of the clinical, biochemical and imaging features. *Rev Neurol (Paris)*. 2020 Jan-Feb;176(1-2):62-74. [PubMed]