



О.Є. КОВАЛЕНКО^{1—3},
Н.С. РАДЗИХОВСЬКА¹, Ю.В. МАНДЗЮК¹

¹КНП «Клінічна лікарня № 15 Подільського району м. Києва»

²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

³ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС, Київ

Синдром «замкненої людини» в умовах поліморбідності (клінічний випадок)

З огляду на складність диференційної діагностики та прогнозу при синдромі «замкненої людини», особливо в умовах поліморбідності, та малу кількість випадків у популяції наведено клінічний випадок пацієнта із синдромом «замкненої людини» в умовах поліморбідності з неврологічної практики авторів та проаналізовано зарубіжну та вітчизняну наукову літературу з цієї теми. Використано такі методи дослідження: системний підхід і аналіз, а також бібліосемантичний метод.

Хворий з артеріальною гіпертензією внаслідок тяжкого геморагічно-ішемічного інсульту, віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми, оперативного втручання з приводу тяжкого перитоніту та карциноми щитоподібної залози в анамнезі на тлі судом втратив свідомість і був доставлений до лікарні, де отримав належну медичну допомогу у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. З огляду на тяжкий стан на тлі складної поліморбідності прогноз щодо життя пацієнта був невтішним. З тетрапарезом та порушенням мови після виходу з коматозного стану він реагував на оточуючих лише рухами очей, що було розцінене як синдром «замкненої людини». Вчасна адекватна стану пацієнта терапія та рання комплексна реабілітація сприяли стабілізації стану пацієнта, появи можливості часткового самообслуговування та незалежності від оточуючих.

Синдром «замкненої людини» може супроводжувати низку тяжких органічних патологій нервової системи, але потребує диференційної діагностики з деякими органічними неврологічними патологіями та психічними порушеннями (кататонія). Тяжкий стан пацієнта зі складною поліморбідністю не слід розцінювати як фатальний, оскільки адекватна терапія та рання реабілітація можуть сприяти частковому відновленню когнітивних і фізичних функцій, зменшивши залежність пацієнта від оточуючих. Допомога пацієнтам із синдромом «замкненої людини» має бути комплексною, із залученням медичних працівників, фахівців із реабілітації, соціальних працівників та осіб із найближчого оточення (рідних і друзів).

Ключові слова: синдром «замкненої людини», поліморбідність, інсульт.

Поліморбідність (мультиморбідність) — дуже поширене нині явище. Наявність кількох патологій, особливо складних і тяжких за етіопатогенезом та клінічним перебігом, зазвичай погіршує прогноз щодо якості та тривалості життя, адже хвороби в різних комбінаціях можуть впливати на перебіг одна одної [18]. Наявність синдрому «замкненої людини» (синдром locked-in) із тяжким перебігом, який може виникнути внаслідок різних органічних захворювань нервової системи, в умовах поліморбідності знижує сприятливий прогноз щодо подальшого життя та його якості [2, 12, 19]. З огляду на

складність диференційної діагностики та прогнозу при синдромі «замкненої людини», особливо в умовах поліморбідності, та малу кількість випадків у популяції наводимо клінічний випадок із неврологічної практики авторів.

Клінічний випадок

Хворий А., 48 років, під час прийому їжі, до втрати свідомості та судомного нападу, встиг повідомити дружині про раптовий, різкий та дуже виразний головний біль, що нагадував удар по голові, загальну слабкість і нудоту. Дружина виміряла артеріальний тиск (АТ) — 200/120 мм рт. ст. Після появи судомного нападу й втрати свідомості

Стаття надійшла до редакції 15 липня 2024 р.

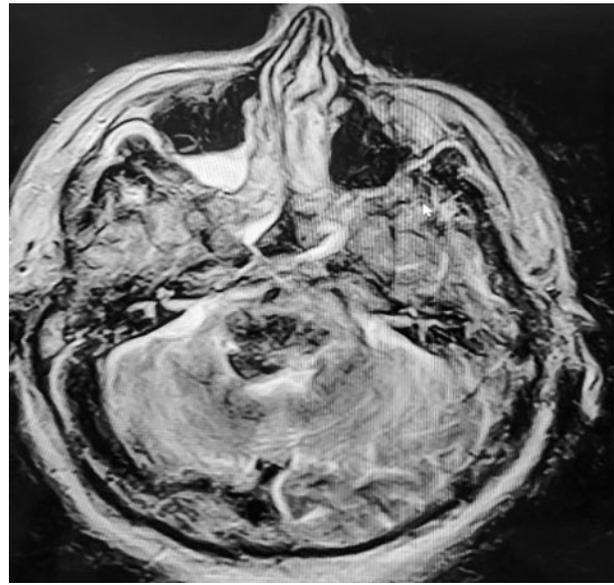
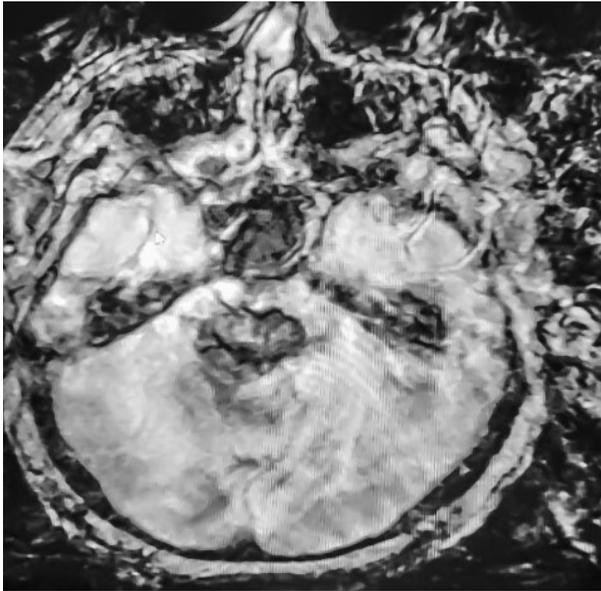


Рисунок. МРТ (фрагмент) головного мозку хворого А., 48 років.

Обстеження виконано на тлі виразних рухових артефактів. На рівні моста головного мозку візуалізується утворення з чіткими нерівними контурами, неоднорідної структури, з гіпоінтенсивним МР-сигналом у режимі T2 та T2 Flair умовного розміру 26 × 33 × 33 мм. Висновок: інсульт — гематома на рівні моста головного мозку.

дружина хворого одразу викликала швидку медичну допомогу (ШМД). До приїзду ШМД судомний напад повторився неодноразово, а також під час транспортування та в приймальному відділенні.

На момент огляду в приймальному відділенні стан хворого тяжкий, тяжкість стану зумовлена неврологічним дефіцитом. Рівень свідомості — сопор. АТ — 192/111 мм рт. ст., SpO₂ — 90—92 %. Самостійне дихання неефективне, продовжили штучну вентиляцію легень (ШВЛ) крізь лицеву маску з мішком Амбу. Періодично мають місце тоніко-клонічні судоми. Продуктивному контакту хворий не доступний. Тетрапарез. Сухожильні рефлекси без суттєвої різниці з обох боків, ослаблені. Симптом Бабінського позитивний з обох боків. З огляду на тяжкість стану пацієнта та відмову працівників ШМД від подальшого його транспортування до профільного неврологічного стаціонару з допомоги хворим з інсультом пацієнта госпіталізовано до відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) клінічної лікарні № 15 Подільського району м. Києва.

З анамнезу життя: хворий страждає на артеріальну гіпертензію понад 8 років, ішемічну хворобу серця. Препарати приймав нерегулярно, показники АТ часто піднімались до 200/100 мм рт. ст. У 1992 р. переніс закриту черепно-мозкову травму (з анамнезу, медична документація не надана). У 2019 р. виникла перфорація тонкого кишечника, ускладнена перитонітом. Переніс кілька оперативних втручань, зокрема була виведена колоностома, яку згодом закрили. У 2022 р. діагностовано папілярну карциному щитоподібної залози (PT1bN1bM0, 1-ша клінічна група), з приводу якої

проведено тиреоїдектомію з дисекцією шиї праворуч і радіойодтерапію.

У відділенні ВАІТ хворого переведено на апарат ШВЛ. Свідомість порушена до рівня коми I. Наступної доби свідомість порушилася до коми II. На 3-тю добу перебування у відділенні ВАІТ хворому на апараті ШВЛ вдалося виконати магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку (рисунок).

Після проведення візуалізації хворий був консультований черговим нейрохірургом у режимі телемедицини. З огляду на тяжкість стану хворого та локалізацію гематоми прийнято рішення щодо доцільності консервативного лікування в умовах ВАІТ [11]. Під час перебування на ШВЛ приєдналися пневмонія, ендoftальміт правого ока, пролежні на п'ятах.

Загальний аналіз крові: гемоглобін — 85 г/л, лейкоцити — 6,2 · 10⁹ клітин/л, еритроцити — 2,6 · 10¹² клітин/л, еозинофіли — 1 %, паличкоядерні нейтрофіли — 4 %, сегментоядерні — 77 %, лімфоцити — 15 %, моноцити — 3 %, ШОЕ — 31 мм/год, тромбоцити — 80,0 · 10⁹ клітин/л. Глюкоза в крові — 4,3 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові: білірубін — 8,3 мкмоль/л, сечовина — 30,0 ммоль/л, загальний білок — 60,0 г/л, креатинін — 710,0 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза — 18,0 Од/л, аспартатамінотрансфераза — 27,5 Од/л, γ-глутамілтранспептидаза — 57,0 Од/л, лужна фосфатаза — 232,0 Од/л, сечова кислота — 580,0 мкмоль/л, С-реактивний білок ++++.

На 17-ту добу перебування у ВАІТ через тяжкість стану пацієнта й відсутність позитивної динаміки, незважаючи на інтенсивне лікування, виникла потреба в проведенні диференційної діагностики

між вегетативним станом і синдромом «замкненої людини». Виконано електроенцефалографію, зареєстровано θ -і δ -ритми на тлі наявного α - та β -ритмів, що вказувало на користь глибокої форми сну пацієнта. Прийнято рішення щодо подальшого динамічного спостереження за станом хворого й проведення підтримувальної терапії та ранньої реабілітації.

На 28-му добу на тлі адекватної стану пацієнта та ранньої рефлекторної реабілітації хворий самостійно відкрив ліве око (праве уражене ендодтальмітом), в якому спостерігався виразний вертикальний ністагм і парез зору по горизонталі. Оточуючі звернули увагу на важливу зміну в стані пацієнта: він, хоча швидко виснажувався, на короткий час почав фіксувати погляд і реагувати рухами очей на запитання та команди, переважно в режимі «так чи ні», а також поглядом виражати деякі емоції. Однак через нестабільність дихання хворому встановлено трахеостому.

На 41-шу добу у хворого з'явилися мінімальні рухи в правій кисті, через 2 тиж — рухи в правій нижній кінцівці. Хворий почав самостійно виконувати елементарні команди медичного персоналу (фіксувати погляд, рухати пальцями правої кисті та стискати кисть у кулак). Під час перебування у відділенні ВАІТ через вияви анемії хворому було проведено переливання еритроцитарної маси. Він був консультований неврологом, терапевтом, кардіологом, отоларингологом, офтальмологом, хірургом, інфекціоністом.

На 65-ту добу після стабілізації стану хворого було переведено в палату інтенсивної терапії відділення неврології, де продовжували клініко-інструментальний і лабораторний моніторинг на тлі медикаментозної та немедикаментозної медичної допомоги. Наступної доби видалено трахеостомічну трубку. Дихання крізь ніс самостійне, сатурація — 97 %. На 3-тю добу перебування у відділенні неврології у хворого з'явилися мінімальні рухи у лівій нижній кінцівці.

На 77-му добу хворого переведено у відділення реабілітації КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва». На момент виписки в неврологічному статусі спостерігалася позитивна динаміка. Свідомість ясна, за шкалою Глазго — 15 балів. Вербальний контакт із хворим поновлено, хоча артикуляція дещо ускладнена, гнусавість через назогастральний зонд. Астенізований, дещо ейфоричний, але інструкції медичного персоналу виконує, намагається навіть із гумором спілкуватися з медичним персоналом та рідними. Черепні нерви — очні щілини $D < S$, зіниці: праву зіницю оцінити неможливо через ендодтальміт, ліва зіниця округлої форми, ністагму немає, зберігається частковий парез погляду переважно медіанно. Фотореакції жваві з лівого ока. Обличчя асиметричне за рахунок згладження лівої носогубної складки. Ковтання утруднене, установлений назогастральний зонд. Язик: девіація праворуч. Глотковий рефлекс знижений,

кашльовий збережений. Субкортикальні рефлекси: позитивний рефлекс Марінеску—Радовичі з обох боків. М'язова сила: права рука — 4,5 бала, права нога — 3,5 бала, ліва рука — 0 балів, ліва нога — 1 бал, що дає змогу пацієнту перевертатися в ліжку на бік і приймати напівсидяче положення. Сухожилкові та періостальні рефлекси: на верхніх та нижніх кінцівках $S \geq D$. Патологічні рефлекси: симптом Бабінського позитивний з обох боків. Координаторні проби з промахуванням справа, зліва виконати не може. Менінгеальні симптоми негативні. Контроль функції тазових органів порушений: встановлено сечовий катетер.

Таким чином, позитивна динаміка показників і стабілізація стану пацієнта із синдромом «замкненої людини» в умовах складної поліморбідності завдяки професійному наполегливому лікуванню та ранній реабілітації в умовах інсультного блоку відділення вертеброневрології, цереброваскулярної патології, патології периферичної нервової системи та лікування хронічного болю з інсультним блоком дала змогу поліпшити прогноз і перевести пацієнта в реабілітаційне відділення.

Синдром «замкненої людини» (синоніми: синдром locked-in, вентральний синдром моста, синдром «замикання», цереброредулярний блок, стан дееферентації, синдром ізоляції, синдром відсутності рухових функцій, псевдокома) — симптомокомплекс, що характеризується повною знерухомленістю хворого за наявності тетрапарезу (тетраплегії), анартрії та псевдобульбарних симптомів зі збереженням лише руху очей у вертикальній площині та миготіння. Свідомість хворого в такому випадку збережена, але здатність до пізнавальної діяльності й адекватного мовленнєвого контакту із оточенням втрачено [2, 14, 17, 19]. Унікальним є факт, що спілкування з оточенням можливе лише за допомогою реакції очей — кліпання повіками. При тривалому збереженні синдрому «замкненої людини» хворі можуть бути навчені передавати очима навіть досить складну інформацію. Отже, пацієнт нібито замкнений (скутий) у своєму тілі, але лише реагуючи очима, може контактувати із оточенням.

Історія вивчення питання

У 1966 р. Ф. Плам і Дж.Б. Познер ввели термін «замкнений» для опису стану квадриплегії та анартрії (втрата мови внаслідок тяжкої дизартрії) зі збереженою свідомістю [24, 25].

Одним із найвідоміших людей, які перебували в псевдокомі, був редактор журналу «Elle France» Жан-Домінік Бобі. У 1995 р. у віці 43 років він пережив тяжкий інсульт, але, підморгуючи лівим оком, що залишилося непаралізованим, він за допомогою асистентки, яка вголос промовляла літери алфавіту, починаючи з найпоширеніших у французькій мові, написав книгу «Скафандр і метелик» [1]. Ця праця, яка містить 140 сторінок, потребувала 200 тис. моргань — унікальний

рекорд, що свідчив про збереження когнітивних функцій на тлі грубого соматоневрологічного дефіциту [2, 25, 27]!

Етіопатогенез

Як відомо, цей стан виникає внаслідок великих уражень кортико-спінальних і кортико-нуклеарних шляхів на рівні моста, які стрімко розвиваються, при збереженні структури покривки та ретикулярної формації, що визначає відсутність дефекту свідомості [14, 19]. Найчастішою причиною розвитку такого стану є стовбуровий інсульт [14]. Менш поширеними патологіями, з якими пов'язаний цей синдром, є об'ємні утворення, що вражають задню черепну ямку та міст, черепно-мозкова травма, розсіяний склероз, поліомієліт, міастенія, пароксизмальна міоплегія, центральний понтинний мієліноліз, артеріовенозні мальформації, вживання опіоїдів, демієлінізувальні автоімунно-запальні полінейропатії (синдром Гієна—Барре та Міллера—Фішера) [2, 14, 19].

Диференційна діагностика

Діагностика синдрому «замкненої людини» часто є складною через його схожість із низкою патологічних станів (кома, стійкий вегетативний стан, акінетичний мутизм, кататонія та психогенна несприйнятливність). Процес установлення діагнозу може тривати кілька тижнів. Члени сім'ї, які перебувають біля ліжка хворого, зазвичай першими помічають появу мінімальних рухових функцій [14].

Якщо розглядати диференційну діагностику з комою, то саме кома може передувати синдрому «замкненої людини». Розпізнати перехід розладів свідомості при комі до синдрому «замкненої людини» має важливе значення, оскільки свідомий контакт із пацієнтом дає змогу поліпшити медичну допомогу за рахунок поступової появи зворотного зв'язку. З іншого боку, синдром «замкненої людини» може трансформуватися в кому. Це залежить від етіологічного чинника й ступеня ураження. Кома — це стан глибокої втрати свідомості, стан із закритими очима без реакції на звичайні подразники із різною здатністю до підтримки дихання та стовбурових реакцій [12].

Клінічно синдром «замкненої людини» дуже подібний до акінетичного мутизму — синдрому, що формується після виходу з коми. Не випадково для нього використовують термін «псевдокома». Акінетичний мутизм виникає при тяжких і великих ушкодженнях мозку. Його пов'язують із ураженням лімбічної системи, лобних часток, підкіркових вузлів, стовбура мозку. Складність оцінки порушення свідомості при акінетичному мутизмі зумовлена також виділенням симптомокомплексу абулії, в основі якої лежить пошкодження лобних часток, клінічно вона виявляється мовленнєвою та руховою аспонтанністю при збереженні рухових систем. Феноменологічна абулія — це порушення процесів

спонукання до дії. Пацієнт стежить очима за предметом у всіх секторах поля зору, але не здійснює інших рухів і не виконує команд, хоча тонус пацієнта, рефлексів, зокрема реакція на холодову та звукову стимуляцію, зазвичай залишаються незмінними. Пацієнти перебувають у стані неспання з глибокою апатією, видаються байдужими до болю, спраги чи голоду, що є крайнім виявом спектра розладів зниженої мотивації [12, 13].

Синдром «замкненої людини» необхідно диференціювати від вегетативного стану, який характеризується повною відсутністю когнітивних функцій через переважну дисфункцію півкуль головного мозку з достатнім збереженням проміжного мозку та стовбура мозку, що підтримує збереження вегетативних і моторних рефлексів, а також циклів сну та неспання. Пацієнти можуть мати складні рефлексів, зокрема рухи очей, позіхання та мимовільні рухи на больові подразники, але не виявляють усвідомлення себе чи довкілля [2, 19]. Стан мінімальної свідомості на відміну від вегетативного стану характеризується деякими ознаками усвідомлення себе та/або довкілля (цей діагноз має лише клінічне трактування) [19].

Подібні вияви характерні для стану психогенної відсутності реакцій, який має картину тривалого, нерухомого, дисоціативного нападу, при якому в пацієнта відсутня або знижена відповідь на зовнішні подразники. Відсутність реакції може варіювати від функціональної коми до стану, що нагадує ступор або кататонію. Такі пацієнти часто опираються пасивному відкриванню очей, перевертаються, коли їх лоскочуть, щоб уникнути подразника, або повертають очі до підлоги, незалежно від того, на якому боці вони лежать. Наявність ністагму з калорійною стимуляцією в явно коматозного пацієнта підтверджує діагноз психогенної відсутності реакції, але не є цілком специфічним для цього діагнозу [12].

При кататонії клінічні вияви неоднорідні. Кататонія характеризується відсутністю органічного ураження центральної нервової системи, збереженням рівня свідомості та стовбурових рефлексів. Виявляється ригідністю, мутизмом, ехолоалією, вимушеною позою. Деякі пацієнти можуть досить тривало зберігати вимушену позу, навіть сидіти або стояти, що нерідко дивує оточення. В інших випадках людина видається несплячою, хоча реакції на оточуючі події та рухи відсутні [12]. Кататонія зазвичай асоціюється з попереднім психогенним анамнезом, органічні зміни нервової системи відсутні [14]. Хоча слід пам'ятати, що у випадках коморбідності або поліморбідності можуть бути органічні зміни, зумовлені супутньою патологією, які «плутають» діагноз, тому обов'язково слід правильно їх трактувати із застосуванням додаткових клінічних, інструментальних та лабораторних обстежень, вивчити анамнез з оточуючих джерел, за можливості.

Проспективні спостереження

Прогноз щодо майбутнього у хворих із синдрому «замкненої людини» залежить від основного захворювання [26]. Велике значення, як і при інших хворобах, має стан поліморбідності (як у наведеному клінічному випадку), що ускладнюється взаємодією кількох патологій [18].

За даними літератури, смертність і одужання сильно варіюють залежно від основної причини синдрому «замкненої людини». Синдром блокування зазвичай супроводжується високим рівнем смертності в гострому стані. Ретроспективні дослідження та моделі аналізу оцінили 5-річну та 10-річну смертність як 84 і 31 % відповідно. Огляд Дж.Р. Паттерсона та М. Грабіуса щодо 139 випадків синдрому «замкненої людини» виявив загальну смертність 60 %. Рівень смертності від судинних причин становив 67 % (70 із 105 пацієнтів) порівняно із 41 % (14 із 34 пацієнтів) для несудинних випадків. Багато тих, хто вижив у цьому дослідженні, залишалися в стані, коли рухові функції прогресували мінімально [14, 23].

Дослідження показало, що в більшій кількості несудинних причин синдрому «замкненої людини» спостерігаються випадки одужання від середнього до повного. Загалом у 18 із 34 пацієнтів, які страждали від несудинної хвороби, зареєстровано деяке відновлення рухових функцій. У 12 із 18 випадків повного одужання воно відбулося протягом перших 6 міс. І лише в 29 із 105 пацієнтів із судинними причинами синдрому «замкненої людини» відбулося певне одужання після початку захворювання. З 16 пацієнтів, які вижили через 4 міс, 13 продемонстрували ознаки помірного або повного функціонального відновлення та лише в 2 випадках зареєстровано повне відновлення [15, 23].

Особливості медичної допомоги

Хоча перевірених специфічних медичних способів позбавлення синдрому «замкненої людини» на сучасному етапі не існує, важливе значення має догляд за хворим, який має бути централізованим і координованим у спеціалізованому реабілітаційному центрі, що має досвід лікування цього синдрому. Терапевтичний результат поліпшує мультимодальна терапія з фізичною та логопедичною складовими та використанням допоміжних пристроїв для полегшення взаємодії з довкіллям. Отже, для пацієнтів із синдромом «замкненої людини» дуже важливе значення мають підтримувальні та профілактичні заходи [14, 16].

З огляду на те, що пацієнти із синдромом «замкненої людини» перебувають у повній свідомості, їх слід активно заохочувати брати участь у прийнятті рішень, що впливають на результат терапії, на всіх етапах лікування. Важливе значення має робота медичних і соціальних працівників з оточенням хворого (родичами та близькими) для психологічного та фізичного спонукання хворого до виконання призначень і прагнення до одужання.

Принциповим у медичній допомозі пацієнту є застосування стандартів лікування основного захворювання, яке спричинило синдром «замкненої людини», а також симптоматичне підтримання життєво важливих функцій, фізична та психологічна реабілітація [14, 16, 19].

Отже, у разі тяжкого ішемічного або геморагічного інсульту на тлі артеріальної гіпертензії слід негайно застосувати відповідні нормативні документи — протоколи та стандарти медичної допомоги [6, 7, 11].

Об'ємні утворення, що призвели до синдрому «замкненої людини», лікують хірургічно та консервативно. Менінгіт і абсцеси можна лікувати антибіотиками широкого спектра дії [8, 9]. Терапія синдрому «замкненої людини» внаслідок центрального понтинного мієлінолізу передбачає підтримувальні заходи: корекцію електролітних порушень, зокрема гіпонатріємії. При гострих запальних демієлінізуювальних полінейропатіях (синдроми Гієна—Барре та Міллера—Фішера) та гострому енцефаломієліті застосовують внутрішньовенний імуноглобулін, плазмафорез і контрольовану вентиляцію дихальних шляхів [3, 8]. Загострення розсіяного склерозу можна лікувати високими дозами глюкокортикоїдів, етіопатогенетичне лікування — препаратами, що модифікують захворювання, гуманізованими моноклональними антитілами тощо [5], боковий аміотрофічний склероз — за допомогою симптоматичної терапії у поєднанні з підтримуваними препаратами рилузолом або едаравоном [10].

Оскільки багато пацієнтів можуть досягти певного рівня відновлення, рекомендовані активні підтримувальні заходи — інтенсивна фізична, мовна, дихальна та ковтальна терапія, застосування необхідних допоміжних пристроїв для полегшення взаємодії з оточенням та навколишнім середовищем, починаючи з госпітального періоду [4, 14, 19].

Після госпіталізації догляд має бути централізованим і координованим у спеціалізованому реабілітаційному центрі, який має досвід лікування синдрому «замкненої людини». Догляд має передбачати виявлення та лікування рекурентних захворювань, таких як інфекції та порушення електролітного балансу, використання симптоматичної терапії (виявлення та лікування болю, порушень сну), а також запобігати знерухомленості, контрактурам, саднам роگیвки та пролежням [16].

Слід пам'ятати, що синдром блокування асоціюється з високим ризиком респіраторних ускладнень. Пацієнти потребують ретельного спостереження щодо труднощів з обробкою виділень або необхідності у ШВЛ. Відповідно, перевагу віддають фізіотерапії грудної клітки, вправам на глибоке дихання і мобілізацію грудної клітки для полегшення виділення бронхіального секрету. Комплексне лікування може сприяти формуванню колатерального кровообігу та відновленню пошкоджених нервових шляхів. Модифікація судинних чинників ризику є

обов'язковою для зниження ризику інсультів та інших судинних подій, тому дотримання стандартів і протоколів лікування васкулярної патології має важливе значення [4, 6].

З огляду на унікальну специфічність синдрому «замкненої людини» важливе значення має налагодження комунікації пацієнта з оточенням. Для застосування коду «так чи ні» базової комунікації зазвичай використовують комбінацію кліпання повік і вертикальних рухів очей. На сучасному етапі доступні різноманітні електронні пристрої для полегшення спілкування, зокрема комп'ютери, принтери, синтетичні голосові машини, що запускаються чутливими перемикачами, і датчики руху голови чи очей. Такі комунікаційні пристрої дали змогу пацієнтам спілкуватися за допомогою електронної пошти, користуватися інтернетом, читати щоденні новини, писати історії та музику та робити покупки в інтернеті. Незалежно від того, який спосіб зв'язку використовують, пристрій має бути розміщений безпосередньо біля ліжка хворого [16].

Таким чином, догляд за хворим із синдромом «замкненої людини» має бути комплексним і тривалим. Його слід обговорити із сімейним лікарем,

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження — О. К., Н. Р.;

збір та опрацювання матеріалу — О. К., Н. Р.;

написання тексту — Ю. М.

Література

- Бобби Ж-Д. Скафандр и бабочка. 2009. 176 с. http://loveread.es/view_global.php?id=38258.
- Григорова ІА, Сало ВІ, Тихонова ЛВ, Черненко АГ. Рідкісна неврологія. Клінічний випадок синдрому «запертої людини» при ішемічному інсульті. Міжнародний медичний журнал. 2010;(1):27-30. <http://dSPACE.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/30523/05-Grygorova.pdf?sequence=1>.
- Коваленко ОЄ, Маньковський ДС, Галуша АІ, Нечкалюк МВ, Настоящая ПІ. Гостра запальна демієлінізуюча полірадікуло-нейропатія: синдром Міллера—Фішера (випадок з практики). Здоров'я України. 2010;2(13):4-27. <https://health-ua.com/article/13842-gostra-zapalna-demielinizuyucha-poliradikulonejropatya-sindrom-millerafshera-vipa>.
- Наказ МОЗ від 02.11.2022 № 1967 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту»». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-02112022--1967-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-vtorinna-profilaktika-insultu>.
- Наказ МОЗ України від 01.07.2024 № 1142 «Про затвердження Нового клінічного протоколу медичної допомоги «Розсіяний склероз у дорослих»». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-01-07-2024-1142-pro-zatverdzhennya-novogo-klinichnogo-protokolu-medichnoyi-dopomogi-rozsiyanij-skleroz-u-doroslih>.
- Наказ МОЗ України від 12.09.2024 № 1581 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)»». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-12-09-2024-1581-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-gipertonichna-hvoroba-arterialna-gipertenziya>.
- Наказ МОЗ України від 20.06.2024 № 1070 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Ішемічний Інсульт»». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-20-06-2024-1070-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-ishemichnij-insult>.
- Наказ МОЗ України від 24.05.2024 № 870 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування гострого розсіяного енцефаломієліту у дорослих та дітей»». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-24052024--870-pro-zatverdzhennja-standartu-medichnoi-dopomogi-diagnostika-ta-likuvannja-gostrogo-rozsiyanogo-encefalomielitu-u-doroslih-ta-ditej>.
- Настанова 00773. Менінгіт у дорослих від 28.08.2017. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3556>.
- Настанова 00799. Бічний аміатрофічний склероз (БАС) від 11.05.2016. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3580>.
- Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволиві». <https://www.dec.gov.ua/mtd/gemoragichnyj-insult>.
- Young GB. Stupor and coma in adults. Uptodate october 7, 2024 <https://medilib.ir/uptodate/show/5104>.
- Cartlidge N. States related to or confused with coma. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001 Sep;71(Suppl 1):i18-9. doi: 10.1136/jnnp.71.suppl_1.i18. PMID: 11511737; PMCID: PMC1765564.
- Das JM, Anosike K, Asuncion RMD. Locked-in syndrome. 2023 Jul 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. PMID: 32644452.
- Doble JE, Haig AJ, Anderson C, Katz R. Impairment, activity, participation, life satisfaction, and survival in individuals with blocked syndrome over ten years: follow-up of a previously reported cohort. J Head Trauma Rehabil. 2003;18:435.
- Farr E, Altonji K, Harvey RL. Locked-in syndrome: practical rehabilitation management. PM R. 2021 Dec;13(12):1418-28. doi: 10.1002/pmrj.12555. Epub 2021 Feb 20. PMID: 33465298.
- Halan T, Ortiz JF, Reddy D, Altamimi A, Ajibowo AO, Fabara SP.

спеціалістами з реабілітаційної медицини і найближчим оточенням — родиною та друзями [14].

Висновки

Синдром «замкненої людини» може супроводжувати низку тяжких органічних патологій нервової системи, потребує диференційної діагностики, зокрема з психічними порушеннями (кататонія), коли органічні зміни центральної нервової системи відсутні.

Тяжкий стан пацієнта, особливо на тлі поліморбідності, не слід розцінювати як фатальний, оскільки адекватна терапія та рання реабілітація можуть сприяти відновленню когнітивних та фізичних функцій різного ступеня, зменшивши залежність пацієнта від оточення.

При наданні медичної допомоги важливе значення має підтримання основних життєво важливих функцій пацієнта, лікування основного захворювання, яке призвело до синдрому «замкненої людини», а також реабілітація, як рання, так і безперервна подальша, психологічна допомога й мотиваційні заходи із залученням не лише медичних працівників первинного та спеціалізованого рівня та реабілітологів, а й рідних та друзів хворого.

- Locked-in syndrome: a systematic review of long-term management and prognosis. *Cureus*. 2021 Jul 29;13(7):e16727. doi: 10.7759/cureus.16727. PMID: 34471579; PMCID: PMC8402869.
18. Hernández B, Reilly RB, Kenny RA. Investigation of multimorbidity and prevalent disease combinations in older Irish adults using network analysis and association rules. *Sci Rep*. 2019 Oct 10;9(1):14567. doi: 10.1038/s41598-019-51135-7. PMID: 31601959.
 19. Kaplan LR. Locked-in syndrome: up to date. November 2, 2023. https://www.uptodate.com/contents/locked-in-syndrome?source=mostViewed_widget.
 20. Khurana RK, Genut AA, Yannakakis GD. Locked-in syndrome with recovery. *Ann Neurol* 1980;8:439.
 21. Kunz A, Leis S, Trinka E. Locked-in syndrome revisited. *Ther Adv Neurol Disord*. 2023 Mar 29;16:17562864231160873. doi: 10.1177/17562864231160873. PMID: 37006459; PMCID: PMC10064471.
 22. Laureys S, Pellas F, Van Eeckhout P, et al. The locked-in syndrome : What is it like to be conscious but paralyzed and voiceless? *Prog Brain Res*. 2005;150:495-511. doi: 10.1016/S0079-6123(05)50034-7. PMID: 16186044.
 23. Patterson JR, Grabis M. Locked-in syndrome: a review of 139 cases. *Stroke*. 1986 Jul-Aug;17(4):758-64. doi: 10.1161/01.str.17.4.758. PMID: 3738962.
 24. Plum F, Posner JB. The diagnosis of stupor and coma. *Contemp Neurol Ser*. 1972;10:1-286. PMID: 4664014.
 25. Schnetzer L, McCoy M, Bergmann J, Kunz A, Leis S, Trinka E. Locked-in syndrome revisited. *Ther Adv Neurol Disord*. 2023 Mar 29;16:17562864231160873. doi: 10.1177/17562864231160873. PMCID: PMC10064471.
 26. Shavelle RM, Strauss DJ, Katz RT. Survival of persons with locked-in syndrome. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008 May;89(5):1005; author reply 1005-6. doi: 10.1016/j.apmr.2008.03.004.
 27. Teive HAG, Ferreira MG, Coutinho L, et al. The locked-in syndrome: The early French descriptions. *Rev Neurol (Paris)*. 2022 Dec;178(10):996-8. doi: 10.1016/j.neurol.2022.03.017. PMID: 35902307.

O.E. KOVALENKO^{1–3}, N.S. RADZIKHOVSKA¹, Yu.V. MANDZIUK¹

¹Communal Non-Profit Enterprise «Clinical Hospital No. 15 of the Podilsky district of Kyiv»

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

³DNU «Center of Innovative Health Care Technologies», Kyiv

Lock syndrome in polymorbidity conditions (clinical case)

The clinical case of a patient with «locked-in» syndrome (LIS) in the context of polymorbidity is discussed based on the authors' personal neurological practice. Given the complexity of differential diagnosis and prognosis in locked-in syndrome, especially with polymorbid conditions and the low occurrence in the population, the objective was to share experience from clinical practice through an analytical presentation of this unique case and a review of relevant global and domestic scientific literature. Research methods included a systematic approach, analysis, and bibliosemantic methodology.

A patient with arterial hypertension following a severe hemorrhagic-ischemic stroke, with prior traumatic brain injury (TBI), a history of surgery for severe peritonitis, and thyroid carcinoma, lost consciousness after a seizure. The patient was admitted to the hospital, where he received necessary care in the ICU and intensive therapy. Given his serious condition amid complex polymorbidity, his prognosis was unfavorable. Upon regaining consciousness, he displayed tetraparesis and speech impairment, responding to his surroundings solely with eye movements, leading to a diagnosis of «locked-in» syndrome. Prompt, appropriate therapy tailored to the patient's condition and early comprehensive rehabilitation enabled stabilization, partial self-care capability, and independence from others.

«Locked-in» syndrome may accompany various severe organic pathologies of the nervous system and requires differential diagnosis from other organic neurological and psychiatric conditions, such as catatonia. The serious condition of a patient with complex polymorbidity should not be deemed fatal, as adequate therapy and early rehabilitation can partially restore cognitive and physical functions, reducing dependence on others. Support for LIS patients should be holistic, involving healthcare providers, rehabilitation specialists, social workers, and close relatives and friends.

Keywords: «locked-in» syndrome, polymorbidity, stroke.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Коваленко ОЕ, Радзіхівська НС, Мандзюк ЮВ. Синдром «замкненої людини» в умовах поліморбідності (клінічний випадок). Український неврологічний журнал. 2024;2-3:49-55. doi: 10.30978/UNJ2024-2-3-49.

Kovalenko OE, Radzikhovska NS, Mandziuk YuV. (Lock syndrome in polymorbidity conditions (clinical case)). *Ukrainian Neurological Journal*. 2024;2-3:49-55. <http://doi.org/10.30978/UNJ2024-2-3-49>. Ukrainian.