

Пароксизмальные психопатологические проявления посттравматической эпилепсии

Гриненко Олеся Александровна

студентка

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: grinenkofbm@gmail.com

Зайцев О.С.

НИИ Нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко

Введение: одним из наиболее серьезных последствий тяжелой черепно-мозговой травмы является развитие посттравматической эпилепсии, которая выявляется более чем в 20% случаев (А.Е. Садыков и соавт., 2001; Зайцев О.С., 2004; Annegers JF et al., 1998; Englander J et al., 2003). Показано, что часто приступы, имеющие в своем составе только психопатологическую составляющую не диагностируются (Hudak et al., 2004). Это приводит к тому, что терапия начинается позже, что снижает ее эффективность (Shinnar S, 1998).

С другой стороны описан широкий спектр психопатологических проявлений при различных видах эпилепсии (А.С. Шмарьян, 1940; Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981; Ураков С.В., 2003; Зайцев О.С., 2004; Escueta AV, 1981; Maillard L et al., 2004). Однако в контексте посттравматической эпилепсии эта проблема все еще остается мало изученной.

Цель: исследовать психопатологические проявления пароксизмальных состояний при посттравматической эпилепсии в зависимости индивидуальных характеристик больных и особенностей травмы.

Материалы и методы: изучено 63 пострадавших с тяжелой ЧМТ, возрастом от 5 до 58 лет. Преобладала возрастная группа от 15 до 24 лет. Средний срок возникновения первого приступа составлял $20 \pm 3,4$ месяца после травмы. У 25 (48 %) больных первый приступ развился в первый год после травмы и у 34 (54%) в первые два года после травмы.

Результаты: только психические (психопатологические) пароксизмы выявлены у 16 (25,4%). Выделено три основных варианта психопатологических состояний, психосенсорные, психомоторные и аффективные.

У детей, приступы дебютировали раньше ($p < 0,05$), однако полиморфность приступов чаще отмечалась у более старших больных ($p < 0,05$) за счет психических пароксизмов.

У больных с признаками левшества приступы были чаще и разнообразнее, чаще включали в себя психопатологическую симптоматику. У этих больных эпилептический синдром был более устойчив и плохо поддавался лечению противосудорожными препаратами, более частыми были побочные эффекты антиконвульсантов.

При стойком варианте посттравматической эпилепсии не было наблюдений со «светлым промежутком» в остром периоде травмы, оказавшегося характерным для обратимого варианта. В то же время при стойком варианте менее глубоким и менее длительным было первичное, сразу после ЧМТ, угнетение сознания. Соответственно этому более короткими были периоды, охваченные ретро-, кон- и антероградной амнезиями. Значимо реже встречались наблюдения с полиморфизмом приступов ($p < 0,05$).

Заключение: особенности психопатологических проявлений пароксизмальной симптоматики, возникающих после тяжелой ЧМТ, необходимо учитывать при постановке диагноза, подборе терапии и определении прогноза.