

УДК 616.831-006:616.853:616-008.6



ИОШИНА Н.Н.,



КОРСУНСКАЯ Л.Л.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Резюме. В статье приводятся эпидемиологические характеристики симптоматической эпилепсии у больных с посттравматическими кистозными образованиями головного мозга. Наиболее часто у обследованных больных симптоматическая эпилепсия развивалась после перенесенного ушиба головного мозга тяжелой и средней степени тяжести и была представлена вторично-генерализованными эпилептическими приступами различной частоты (чаще — средней частоты и редкими). Определена взаимосвязь между частотой развития посттравматической эпилепсии и размером посттравматических кистозных образований. Наиболее значимыми в плане развития симптоматической эпилепсии являются лобная и височная локализации посттравматических кистозных образований головного мозга.

Ключевые слова: симптоматическая эпилепсия, черепно-мозговая травма, последствия, кисты.

Введение

Посттравматическая эпилепсия — это хроническое заболевание, характеризующееся повторными непродолжительными приступами нарушения двигательных, чувствительных, вегетативных и психических функций, возникающими вследствие чрезмерных нейронных разрядов [5]. Актуальность проблемы посттравматической эпилепсии чрезвычайно высока, что обусловлено значительной частотой развития эпилепсии после перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (10–30 %) с наибольшей распространенностью у лиц молодого трудоспособного возраста (15–24 года) и социальными аспектами, сопровождающими больных, причем период повышенного риска развития посттравматической эпилепсии длителен и зависит от тяжести перенесенной

ЧМТ — от 5 до 20 лет [1, 2, 4–6]. У значительной части больных (по данным ряда авторов, в зоне ушибов головного мозга в 40–60 % случаев) после ЧМТ формируются посттравматические кисты головного мозга (период развития кисты после травмы исчисляется месяцами и многими годами) [7, 8], которые могут быть одним из

Адрес для переписки с авторами:

Иошина Наталья Николаевна
297000, Крым, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7
ГУ «Крымский государственный медицинский университет
имени С.И. Георгиевского»
E-mail: NATALYAIOSHINA@yandex.ru

© Иошина Н.Н., Корсунская Л.Л., 2014
© «Международный неврологический журнал», 2014
© Заславский А.Ю., 2014

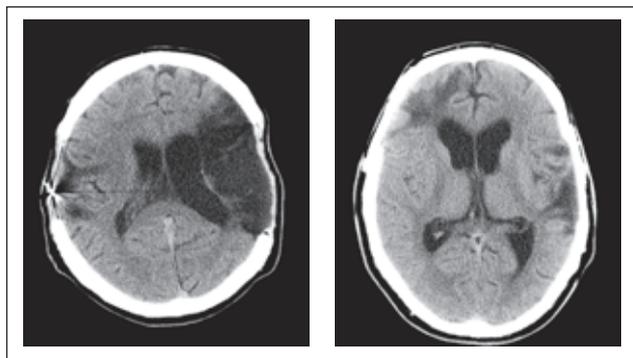


Рисунок 1. Компьютерная томография больных с посттравматическими кистозными образованиями головного мозга: а) одиночная посттравматическая киста в левом полушарии головного мозга; б) множественные посттравматические кисты головного мозга

Таблица 1. Частота развития эписиндрома у больных с одиночными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга после различных клинических форм ЧМТ

Клиническая форма ЧМТ	Количество больных, n (%)
Сотрясение головного мозга	1 (1,3)
Ушиб головного мозга легкой степени	1 (1,3)
Ушиб головного мозга средней степени	18 (23,7)
Ушиб головного мозга тяжелой степени	44 (57,9)
Сдавление головного мозга	12 (15,8)
ДАП	–
Сдавление головы	–
Всего	76 (100)

субстратов развития посттравматической эпилепсии на фоне других механизмов формирования эпилептической активности головного мозга.

Материалы и методы

Группу наблюдения составили 315 пациентов с посттравматическими кистозными образованиями головного мозга, пролеченных в нейрохирургическом отделении КРУ «КТМО «Университетская клиника» ОСП КБ им. Н.А. Семашко и неврологическом отделении 7-й городской клинической больницы (г. Симферополь), из которых у 244 (77,5 %) пациентов были выявлены одиночные посттравматические кистозные образования и у 71 (22,5 %) — множественные. Частота развития симптоматической эпилепсии у больных с одиночными кистозными образованиями составила 31,1 % (76 пациентов), с множественными — 49,3 % (35 больных).

Цель исследования: изучение клинических и электроэнцефалографических особенностей эпилептического синдрома (частота развития, типы эпилептических приступов) у больных с посттравматическими кистозными образованиями головного мозга, наблюдавшихся в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, в зависимости от вида черепно-мозговой травмы, локализации посттравматических кистозных образований головного мозга и их размеров. Диагностика основывалась на анализе данных анамнеза, неврологического статуса, инструментальных методов обследования: компьютерной (компьютерные томографы General Electric He Speed CT/e, Toshiba Asteion VP, General Electric CT/e, Siemens Emotion DUO, Somatom AR.T, Philips Mx8000 IDT) и магнитно-резонансной (магнитно-резонансные томографы Siemens Magnetom Avanto 1,5T, General Electric 1,0T Signa) томографии головного мозга (рис. 1), электроэнцефалографии. Тип эпилептических приступов и форма эпилепсии определялись согласно МКБ-10, классификации эпилептических приступов (ICES-1) Международной лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE) 1981 г., классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (ICE-2) ILAE 1989 г. с учетом современной классификации приступов и эпилепсий, разработанной ILAE в 2001 г.

Проанализировав частоту развития посттравматической эпилепсии в зависимости от перенесенной ЧМТ, мы получили следующие данные. Более чем в половине случаев (57,9 %) у больных с одиночными кистозными образованиями головного мозга эписиндром развивается после перенесенного ушиба головного мозга тяжелой степени тяжести, у каждого четвертого больного (23,7 %) — после ушиба головного мозга средней степени тяжести. Также довольно часто развитие эписиндрома имело место после перенесенного сдавления головного мозга — 15,8 % случаев. Крайне редко, по нашим данным, причинами развития посттравматической эпилепсии были перенесенный ушиб головного мозга легкой степени и сотрясение головного мозга — по одному больному. Следует отметить, что в исследуемой нами группе не было ни одного пациента, который бы перенес такие клинические формы ЧМТ, как диффузное аксональное повреждение (ДАП) и сдавление головы (табл. 1).

В группе больных с множественными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга имела место аналогичная тенденция — чаще эписиндром развивался после перенесенного ушиба головного мозга тяжелой степени — 51,4 % наблюдений, в 31,4 % случаев — после перенесенного ушиба головного мозга средней степени тяжести и в 17,2 % случаев — после сдавления головного мозга.

Посттравматическая эпилепсия у больных с одиночными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга после перенесенного ушиба головного мозга тяжелой степени была представлена

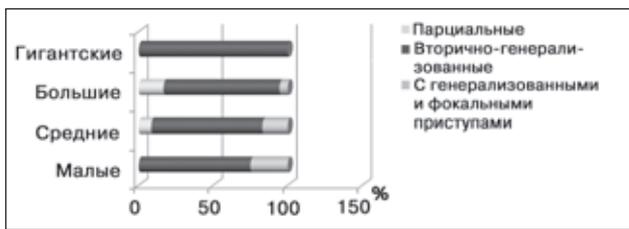


Рисунок 2. Зависимость типов эпилептических приступов от размеров одиночных посттравматических кистозных образований головного мозга

в первую очередь вторично-генерализованными эпилептическими приступами — 77,2 % наблюдений, значительно реже — эпилепсией с генерализованными и фокальными приступами (11,4 %) и эписиндромом в виде парциальных приступов (11,4 %). В группе больных после перенесенного ушиба головного мозга средней степени тяжести также чаще развиваются вторично-генерализованные эпилептические приступы (72,3 %), реже — эпилепсия с генерализованными и фокальными приступами (22,3 %), крайне редко — парциальные приступы (5,5 %). У пациентов, наблюдавшихся после перенесенного сдавления головного мозга, отмечалась аналогичная тенденция: в 83,4 % наблюдений — вторично-генерализованные эпилептические приступы, по 8,3 % — эпилепсия с генерализованными и фокальными приступами и парциальные приступы.

У больных с множественными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга, в анамнезе у которых был тяжелый ушиб головного мозга, в 61,1 % случаев имело место развитие вторично-генерализованных эпилептических приступов, значительно реже — эпилепсии с генерализованными и фокальными приступами (33,3 %) и крайне редко — парциальных приступов (5,6 %). В группе больных после перенесенного ушиба головного мозга средней степени тяжести наблюдалась следующая тенденция: в 90,9 % наблюдений симптоматическая эпилепсия была представлена вторично-генерализованными приступами и в 9,1 % случаев — эпилепсией с генерализованными и фокальными приступами, в данной группе обследованных не было больных с наличием парциальных приступов. У больных со сдавлением головного мозга в анамнезе в 100 % случаев отмечено развитие симптоматической эпилепсии с вторично-генерализованными приступами.

Анализируя частоту эпилептических приступов, мы использовали их подразделение на редкие (несколько раз в год — до 12), средней частоты (до 4 раз в месяц) и частые [9]. Посттравматическая эпилепсия у больных с одиночными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга, перенесших ушиб головного мозга тяжелой степени, представлена наиболее часто развитием средней частоты (31,8 %) и редких (27,3 %) вторично-генерализованных приступов, реже — частых вторично-генерализованных эпилептических приступов (18,3 %), также у части больных имеет место развитие частых (6,8 %) и средней частоты (4,5 %) парциальных приступов и эпилепсии с частыми (6,8 %) и редкими (4,5 %) генерализованными и фокальными приступами.

В группе больных, наблюдавшихся после ушиба головного мозга средней степени тяжести, наиболее часто развиваются редкие (38,9 %) и частые вторично-генерализованные эпилептические приступы (22,3 %), значительно реже у них имело место развитие редких парциальных, средней частоты и частых генерализованных и фокальных приступов. У пациентов, перенесших сдавление головного мозга, чаще всего развивались редкие (41,6 %) и средней частоты (25,0 %) вторично-генерализованные эпилептические приступы. У одного больного, наблюдавшегося после перенесенного ушиба головного мозга легкой степени, развились средней частоты вторично-генерализованные приступы. Также у одного больного с сотрясением головного мозга в анамнезе развился эписиндром в виде редких генерализованных и фокальных приступов. Можно думать о том, что в остром периоде тяжесть данной травмы была недооценена.

У больных с множественными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга после перенесенного ушиба головного мозга тяжелой степени без существенной разницы в количестве наблюдений имело место развитие приступов различной частоты (редкие — 33,3 %, средней частоты — 38,8 %, частые — 27,9 %). У больных, в анамнезе которых был ушиб головного мозга средней степени тяжести, чаще встречались средней частоты (45,4 %) и редкие (36,4 %) и довольно редко — частые (18,2 %) эпилептические приступы. После перенесенного сдавления головного мозга чаще больных беспокоили средней частоты (50,0 %) и редкие (33,3 %) приступы, реже — частые (16,7 %) эпилептические приступы.

Для распределения всех посттравматических кистозных образований головного мозга по размерам мы воспользовались данными, предложенными российскими авторами (Орлов В.К. и соавт., 2002 г.): гигантские (более 60 мм в диаметре), большие (40–60 мм), средней величины (до 40 мм) и малые (до 15 мм). Из всех обследованных больных с одиночными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга наибольшую группу составили больные со средними по размерам образованиями (n = 47), и данные, полученные нами, свидетельствуют о наиболее частом развитии у них эписиндрома, представленного вторично-генерализованными (74,5 %) эпилептическими приступами. В группе больных с большими (n = 18) посттравматическими кистозными образованиями головного мозга также чаще имело место развитие вторично-генерализованных (77,8 %) приступов. В группе пациентов с гигантскими (n = 7) образованиями во всех наблюдениях эписиндром был представлен вторично-генерализованными приступами. Следует отметить, что с увеличением размера пост-

травматического кистозного образования отмечается наиболее частое развитие вторично-генерализованных эпилептических приступов (рис. 2).

Мы также рассмотрели зависимость развития различных типов эпилептических приступов от локализации посттравматических кистозных образований головного мозга разных размеров и получили следующие данные. Локализация посттравматических кистозных образований была различна, и киста с сопутствующими рубцовыми изменениями мозговой ткани могла располагаться как в одной области мозга, так и в смежных областях. Нами указана локализация по основным областям мозга. У больных с малыми одиночными кистозными образованиями, которые преимущественно локализовались в лобной и височной областях, наиболее часто развивались вторично-генерализованные эпилептические приступы (75 %). У пациентов со средними по размерам одиночными кистозными образованиями наиболее частой локализацией также были лобная и височная области головного мозга, и у больных чаще имело место развитие вторично-генерализованных эпилептических приступов — 68,1 % наблюдений. Нередко при локализации кисты в лобной области наблюдалось развитие эпилепсии с генерализованными и фокальными приступами (10,6 %).

В группе больных, имеющих большие посттравматические кистозные образования головного мозга, преимущественной локализацией которых были лобная и височная области головного мозга, также наиболее частыми типами эпилептических приступов были вторично-генерализованные приступы — 61,2 % наблюдений. У пациентов с гигантскими по размеру образованиями прослеживалась тенденция, аналогичная тенденциям в вышеописанных группах больных, т.е. чаще всего кистозные образования локализовались в лобной и височной областях головного мозга, посттравматическая эпилепсия во всех случаях была представлена вторично-генерализованными эпилептическими приступами.

Выводы

Эпилептический синдром у больных с одиночными посттравматическими кистозными образованиями головного мозга развивался в 31,1 % случаев, т.е. у каждого третьего пациента, а у больных с множественными образованиями — в 49,3 % наблюдений, т.е. у каждого второго пациента, что определяет актуальность изучения данного вопроса.

Основными клиническими формами ЧМТ, перенесенными больными с посттравматическими кистозными образованиями головного мозга, имеющими посттравматическую эпилепсию, являются ушиб головного мозга средней и тяжелой степени тяжести и сдавление головного мозга.

Наиболее частым видом эпилептических приступов у обследованных пациентов являются вторично-генерализованные

приступы различной частоты (чаще — средней частоты и редкие).

Редкими формами черепно-мозговой травмы у больных с наличием посттравматической эпилепсии на фоне одиночных посттравматических кист головного мозга были ушиб головного мозга легкой степени и сотрясение головного мозга, что дает основание предполагать, что в остром периоде тяжесть данной травмы была недооценена.

У значительной части больных с посттравматическими кистозными образованиями головного мозга эпилептический синдром имел место при локализации кист в лобной и височной областях либо киста занимала несколько смежных областей с вовлечением вышеуказанных.

Следует отметить, что при анализе взаимосвязи размеров одиночных посттравматических кистозных образований головного мозга и видов эпилептических приступов нами прослежена тенденция к наиболее частому развитию вторично-генерализованных приступов с увеличением размера посттравматического кистозного образования.

Список литературы

1. Авакян Г.Н. Посттравматическая эпилепсия как последствие черепно-мозговой травмы / Г.Н. Авакян, Н.Н. Маслова // *Нейрохирургия*. — 2003. — № 3. — С. 26-30.
2. Алексеенко Ю.В. Посттравматическая эпилепсия: проблемы диагностики, лечения и профилактики / Ю.В. Алексеенко // *Медицинские новости*. — 2006. — № 11. — С. 25-28.
3. *Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2 т.* / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. — 3-е изд., перераб. и доп. — Т. 2. — М.: Медицина, 2003. — 512 с.
4. Гриненко О.А. Клинико-психопатологический анализ пароксизмальных проявлений посттравматической эпилепсии / О.А. Гриненко, О.С. Зайцев // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2012. — № 1. — С. 20-27.
5. *Диагностика и лечение посттравматической эпилепсии* / О.А. Гриненко, О.С. Зайцев, Л.Б. Окнина [и др.] // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — 2011. — № 3. — С. 13-17.
6. Котова О.В. Посттравматический синдром: основные клинические проявления, методы предупреждения и коррекции / О.В. Котова // *Русский медицинский журнал*. — 2011. — № 30. — С. 1872-1873.
7. Пат. 2279295 Российская Федерация, МПК А 61 М 27/00. *Приспособление для дренирования ран и т.д.* / Николаев А.С., Новокшионов А.В., Агаджанян В.В.; заявитель патентообладатель Николаев А.С. — № 2004115145/14; Заявл. 01.01.04; Опубл. 10.07.06; Бюл. № 19.
8. Педаченко Г.А. *Курс избранных лекций по нейрохирургии. Осложнения и последствия черепно-мозговой травмы* / Г.А. Педаченко; Киевская медицинская академия последипломного обучения. — К.: Мариа, 1997. — 60 с.
9. *Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы* / [Шток В.Н., Левин О.С., Борисов Б.А. и др.]; под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 520 с.

Получено 24.01.14 ■

Іошина Н.М., Корсунська Л.Л.
ДУ «Кримський державний медичний університет
імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИМПТОМАТИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Резюме. У статті наведено епідеміологічні характеристики симптоматичної епілепсії у хворих із посттравматичними кістозними утвореннями головного мозку. Частіше в обстежених хворих симптоматична епілепсія розвивалася після перенесеного удару головного мозку тяжкого та середнього ступеня тяжкості та була представлена вторинно-генералізованими епілептичними нападами різної частоти (частіше — середньої частоти і рідкими). Визначено взаємозв'язок між частотою розвитку посттравматичної епілепсії та розміром посттравматичних кістозних утворень. Найбільш значущими для розвитку симптоматичної епілепсії є лобна та скронева локалізації посттравматичних кістозних утворень головного мозку.

Ключові слова: симптоматична епілепсія, черепно-мозкова травма, наслідки, кісти.

Ioshina N.N., Korsunskaya L.L.
State Institution «Crimean State Medical University
named after S.I. Georgiyevsky», Simferopol

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SYMPTOMATIC EPILEPSY IN PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC CYSTIC FORMATIONS OF THE BRAIN

Summary. The article describes the epidemiological characteristics of symptomatic epilepsy in patients with posttraumatic cystic formations of the brain. In examined patients, symptomatic epilepsy most often developed after moderate-to-severe brain contusion and manifested with secondary-generalized epileptic seizures of different frequency (more often — of average frequency and rare seizures). The correlation between the incidence of posttraumatic epilepsy and the sizes of posttraumatic cystic formations was determined. The most important in terms of symptomatic epilepsy progression are frontal and temporal localization of posttraumatic cystic formations of the brain.

Key words: symptomatic epilepsy, craniocerebral injury, consequences, cysts.