

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Туруспекова С.Т., Оспанов А.А.¹

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Асфендиярова,
050012, Казахстан, Алматы, ул.Толе би, 94, **E-mail:** doctorsaule@mail.ru

¹Городская клиническая больница №1

050006, Казахстан, Алматы, микр. Калкаман, 1, **E-mail:** info@gkb1.ru

Один из вариантов последствий черепно-мозговой травмы с ведущим эпилептическим синдромом традиционно принято характеризовать как посттравматическую эпилепсию (ПТЭ). В 80% случаев ПТЭ проявляется в первые два года после травмы [1,2] и значительно снижает качество жизни пациентов. Большинство пострадавших—это лица молодого трудоспособного возраста, т.е. данная проблема имеет не только медицинские, но и социально-психологические последствия. К сожалению, посттравматические осложнения не ограничиваются эпилептическим синдромом, как правило – это целый «букет» вегетативных, ликвородинамических, когнитивных и других нарушений. В связи с этим, при лечении таких пациентов врач сталкивается с очень сложной проблемой полипрагмазии и фармакорезистентности.

Согласно последним данным использование принципа хронотерапии дает возможность достичь наилучших результатов в лечении больных. Эти факты свидетельствуют о том, что правильное использование резервов организма позволяет вовремя исправить ранее нарушенный ход биологических процессов, что лишний раз подчеркивает важность всестороннего изучения биологических ритмов.

Обследованы 56 больных с посттравматической эпилепсией в возрасте 18-34 лет, (из них 30 мужчин, 26 женщин), принимавших антиконвульсанты длительное время и в больших дозах, но не достигших контроля судорог, в связи с чем стоял вопрос выбора другого противосудорожного препарата. Известно, что сам процесс перевода с одного антиконвульсанта на другой может стать стрессовой ситуацией для больного и спровоцировать учащение эпилептических припадков. Все пациенты прошли полное клиническое обследование, включавшее неврологический осмотр, консультацию офтальмолога, магнитно-резонансную томографию головного мозга, электроэнцефалографию, скрининг-анкетирование с бальной оценкой эмоционально-вегетативных расстройств, исследование степени когнитивных нарушений при помощи краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), заполнялись опросники для оценки степени удовлетворенности лечением. Все наблюдаемые были поделены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту. 1 группу составили 22 больных, которым на период перехода и титрования дозы противосудорожного препарата (в нашем наблюдении это были депакин либо карбамазепин с переводом на ламиктал) дополнительно назначался препарат габагамма 300 мг вечером, также проводились сеансы иглорефлексотерапии тормозным методом в период с 11 до 13 часов, т.е. в период минимальной активности меридиана желчного пузыря. Во 2-ю группу вошли 21 пациент, принимавших в период подбора антиконвульсанта препарат габагамма по 1 капсуле 3 раза в день (900 мг), а сеансы иглорефлексотерапии были назначены на послеобеденное время, т.е. с 15 до 17 часов. Контрольную группу составили 13 больных с аналогичной патологией, но не принимавших дополнительно препарат, и не получавших иглорефлексотерапию.

Результаты свидетельствуют о том, что период смены антиконвульсанта под «прикрытием» дополнительного приема 1 капсулы препарата габагамма в вечернее время и проведение сеансов иглорефлексотерапии в период с 11 до 13 часов проходит наиболее гармонично, позволяет гораздо быстрее достичь наиболее значимых результатов: в 1-й группе не было зафиксировано ни одного эпилептического приступа, более того –удалось достичь контроля судорог при минимальной терапевтической дозе антиконвульсанта. В двух других группах результаты были хуже: во 2-й –терапевтический эффект был достигнут позже на 6-8 недель и при больших дозировках, в 3-й –переходный период сопровождался в некоторых случаях учащением эпилептических приступов, что потребовало увеличения доз до максимально возможных, в трех случаях –комбинирования препаратов.

Полученные результаты позволяют предположить, что вечернее время для приема дополнительного препарата (габагаммы) и околополуденное время (с 11 до 13 часов) для сеанса иглорефлексотерапии у больных ПТЭ является наиболее оптимальным, позволяющим добиться максимального эффекта при минимальных терапевтических дозах.

THERAPEUTIC PROBLEMS POSTTRAUMATIC EPILEPSY

S.T.Turuspekova, A.A.Ospanov¹

Kazakh National Medical University, E-mail: doctorsaule@mail.ru

¹ City clinical hospital №1, E-mail: info@gkb1.ru

Литература

- Авакян Г.Н., Юдельсон Я.Б., Маслова Н.Н., Гусев Е.И. Патогенез и лечение посттравматической эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — Т. 103, N 9. — С. 9—15.
Posner E., Lorenzo N. Posttraumatic Epilepsy // Medicine / Neurology [Electronic resource] / Ed.: J. Hulihan, F. Talavera, J. Cavazos et al. – April 29, 2005. – Mode of access: www.emedicine.com