

ЭПИЛЕПСИЯ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

М.Р. Маматханов, К.Э. Лебедев

ФБГУ РНХИ им. проф. А.Л.Поленова, Санкт-Петербург, Россия

Посттравматическая эпилепсия развивается у 10-20% детей и подростков после тяжелой черепно-мозговой травмы, и в 80% случаев проявляется в течение первых 2 лет. В связи с чем вопрос хирургического лечения эпилепсии травматической этиологии является одной из важнейших проблем современной неврологии и нейрохирургии.

Цель.

Изучение факторов риска развития посттравматической эпилепсии в позднем периоде ЧМТ.

Материалы и методы.

Проведен анализ частоты возникновения посттравматической эпилепсии в зависимости от тяжести травмы, факторов риска развития эпилепсии и локализации эпилептического очага у детей в позднем периоде черепно-мозговой травмы за период с 2000 по 2010 год и лечения посттравматической эпилепсии. Возраст детей варьировал от 3 мес до 17 лет. Методы обследования включали результаты комплексного исследования (неврологическое, нейроофтальмологическое, нейропсихологическое, ЭЭГ, КТ, МРТ, МРТ с сосудистой программой, ПЭТ, ОФЭКТ).

Результаты и обсуждение.

Сроки дебюта эпилептических приступов после ЧМТ зависят от характера и объема травматического поражения мозга, локализации посттравматического очага, состояния преморбидного фона. Наиболее часто в остром периоде черепно-мозговой травмы эпилептические припадки наблюдаются в течение первых 4 недель, чаще всего в 1 неделю после перенесенной травмы. Хотя в позднем периоде посттравматическая эпи-

лепсия развивается у большинства пострадавших в течение первых 2 лет, у детей эпилептические припадки могут развиваться и в более позднем периоде – до 25 лет. Ранние эпилептические приступы наблюдаются у детей в возрасте до 5 лет. Локализационно-обусловленный характер посттравматической эпилепсии определяет преобладание в клинике эпилепсии различных видов парциальных приступов. При наличии двух и более эпилептических очагов приступы могут иметь полиморфный характер. В позднем периоде ЧМТ эпилепсия чаще всего развивается при открытой и особенно проникающей ЧМТ с повреждением ТМО - 1\2, при тяжелой ЗЧМТ до 1\3, ушибах головного мозга средней степени – 1\7 и крайне редко при ушибах легкой степени. В отдаленном периоде ЧМТ эпилептический очаг, как правило, регистрируется вокруг мозгового рубца на стороне наибольших морфологических изменений и не всегда ограничивается этой зоной. Посттравматическая эпилепсия обычно трудно поддается лекарственной терапии и только в 35% добиваются полного прекращения приступов. Поэтому пациенты с посттравматической эпилепсией чаще становятся медикаментозно резистентными и являются кандидатами на хирургическое лечение эпилепсии, чаще всего резекционными методами. Применение противозепилептических препаратов для профилактики развития эпилепсии не препятствуют его развитию. Только своевременная диагностика и адекватное лечение черепно-мозговой травмы является оптимальной профилактикой посттравматической эпилепсии у детей.