

УДК: 616.853–092:612.822.1



О.Б. Троценко, О.Ю. Меркулова,
В.П. Холодний, І.Н. Пасюра

Особливості клінічних проявів епілепсії і супутньої патології у жінок

Харківська медична академія післядипломного навчання
ДЛПЗ «Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці», Харків

Ключові слова: епілепсія, клінічні особливості, супутня патологія.

Серед величезної різноманітності неврологічної патології епілепсія посідає особливе місце через високу поширеність, а також через те, що це захворювання в багатьох випадках досить важко піддається діагностиці і лікуванню.

В Україні на епілепсію страждають близько 450 тис. чоловік, у середньому 8–10 випадків на 1000 населення. З них не більше половини проходять лікування в невропатологів і психіатрів [3].

Останніми роками спостерігається зростання показників захворюваності, що зумовлене погіршенням здоров'я населення України в цілому внаслідок низького рівня життя й економічних проблем [2].

У нашій країні велика кількість пацієнтів одержують недостатнє або неправильне лікування через відсутність у клініках сучасного діагностичного устаткування, недостатню кількість новітніх антиепілептичних препаратів, неможливість безкоштовного забезпечення медикаментами, збільшення рівня безробіття серед хворих на епілепсію людей і їх недостатній соціальний захист [3].

Особливий інтерес для практичних лікарів становить перебіг цього захворювання у жінок. Організм жінки проходить низку послідовних фаз протягом життєвого циклу: період статевого дозрівання, вагітність, лактація, менопауза. Під час кожного періоду відбувається бурхлива гормональна перебудова, зміна метаболізму, що може вплинути на перебіг епілепсії. Водночас сама епілепсія значно впливає на метаболічні процеси й гормональний профіль жіночого організму, зумовлюючи патологічний перебіг кожного з періодів.

Мета роботи — визначення клінічних особливостей перебігу епілепсії у жінок і виявлення найчастішої коморбідної патології.

Матеріали та методи

Обстежено 30 жінок, що перебували на стаціонарному лікуванні в Центральній клінічній лікарні Укрзалізниці (Харків). У дослідження не включали пацієнок зі значущою соматичною патологією, гострою й хронічною, а також з пухли-

нами головного мозку, гострими черепно-мозковими травмами й гострими інфекційними захворюваннями різної етіології. Всі обстежувані за класифікацією ВООЗ належали до осіб молодого й середнього віку. Винятком була 1 пацієнтка 70 років, що була включена в дослідження з огляду на відсутність у неї актуальної соматичної патології. Середній вік обстежених пацієнок становив $(40,2 \pm 2,12)$ року, середня тривалість захворювання — $(15,0 \pm 1,91)$ року, тривалість медикаментозної терапії — в середньому $(12,9 \pm 1,91)$ року. Контрольну групу становили 10 порівнянних за віком жінок без актуальної неврологічної й соматичної патології.

Склали детальний опис епілептичних припадків, їхньої частоти, характеру, тривалості, а також аналізували інші скарги, анамнестичні дані, зокрема генеалогічного анамнезу для виявлення генетичної схильності до епілепсії. Форму епілепсії визначали за міжнародною класифікацією епілепсії й епілептичних синдромів (ILAE, 1989). При описі клінічної картини епілептичних припадків використали міжнародну класифікацію епілептичних припадків (ILAE, 1981).

Також вивчали антиепілептичну терапію й оцінювали її ефективність.

Загальний огляд і визначення основних фізичальних даних для виключення соматичної патології, а також неврологічний огляд для виявлення або виключення уражень нервової системи здійснювали за загальноприйнятими методиками. За показаннями жінкам проводили психологічне й психіатричне обстеження.

Результати та їхнє обговорення

Всі обстежені пацієнтки за віком, у якому почалася епілепсія, були розподілені на дві групи: у 1-шу групу ввійшли 15 жінок з початком захворювання до 25 років, у 2-гу — 15 жінок, у яких дебют епілепсії мав місце після 25 років. Середній вік пацієнок обох груп мав достовірні відмінності, і для 1-ї становив $(33,9 \pm 2,70)$ року, для 2-ї — $(46,6 \pm 2,34)$ року.

Таблиця 1

Етіологічні чинники у хворих на епілепсією жінок

Етіологія	Кількість пацієнток	
	абс.	%
Інфекційно-алергійні захворювання	11	36,7
Черепно-мозкова травма	8	26,7
Дисгормональні й дисциркуляторні енцефалопатії	3	10,0
Оперативне втручання з приводу видалення доброякісних пухлин головного мозку	1	3,3
Поєднання декількох чинників	4	13,3
Нез'ясована	3	10,0

В обстежених жінок було виявлено низку екзогенних й ендемогенних чинників, які відіграли провідну роль у виникненні епілепсії: інфекційно-алергійні захворювання, черепно-мозкові травми, оперативні втручання, дисгормональні й дисциркуляторні енцефалопатії (табл. 1). Таким хворим було встановлено діагноз симптоматичної епілепсії.

У структурі нейроінфекцій у 63,7% випадків мав місце інфекційно-алергійний арахноїдит, у 18,2% – менінгіт, у 9,1% – інфекційно-алергійний арахноенцефаліт і в 9,1% – розсіяний енцефаломієліт.

До розділу нез'ясованої етіології були віднесені пацієнтки з епілепсією без чітко верифікованого етіологічного чинника (криптогенна епілепсія).

Таким чином, у 90% обстежених пацієнток мала місце симптоматична епілепсія, в 10% – криптогенна.

Не виявлено жодного випадку спадково-зумовленої епілепсії (наявність епілептичних припадків у близьких родичів, а також відповідної форми епілепсії, згідно з класифікацією ІЛАЕ, 1989).

Основні етіологічні чинники епілепсії в жінок досліджуваних груп наведено в табл. 2.

При аналізі типів епілептичних припадків у всіх пацієнток відповідно до класифікації ІЛАЕ були виявлені тільки парціальні припадки: прості, вторинно-генералізовані і комплексні парціальні (рисунок).

У жінок 1-ї групи переважали ізольовані вторинно-генералізовані припадки й були відсутні прості парціальні. Часті епілептичні припадки також набагато частіше зустрічалися в 1-й групі порівняно з пацієнтками 2-ї групи.

Слід зазначити, що в 2 (6,7%) хворих на епілепсією жінок поява епілептичних припадків мала чіткий взаємозв'язок з оваріально-менструальним циклом, а початок захворювання припадав на період найвираженіших гормональних змін – пубертатний. Ці жінки входили в 1-шу групу обстежених.

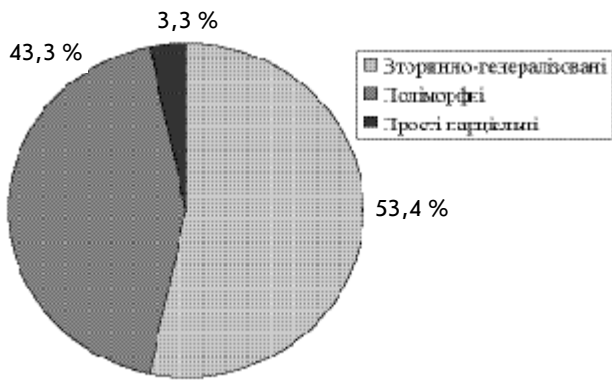
Як антиепілептичну терапію практично всі жінки застосовували препарати групи карбамазепіну або вальпроєвої кислоти без істотних відмінностей між групами. Усі жінки перебували на монотерапії, однак через тривалий перебіг захворювання в анамнезі приймали препарати різних груп.

У значної частини обстежених жінок були виявлені порушення з боку вегетативної нервової

Таблиця 2

Етіологічні чинники епілепсії у пацієнток 1-ї та 2-ї груп

Етіологія	1-ша група		2-га група	
	абс.	%	абс.	%
Нейроінфекції	5	33,5	6	40,0
Черепно-мозкова травма	5	33,5	3	20,0
Дисгормональні й дисциркуляторні енцефалопатії	1	6,8	2	13,3
Оперативне втручання з приводу видалення доброякісних пухлин	—	—	1	6,7
Поєднання декількох факторів	2	13,3	2	13,3
Нез'ясована	2	13,3	1	6,7



Рисунк. Типи епілептичних випадків

системи. Синдром вегетативної дисфункції був представлений перманентними клінічними симптомами в 73,3% випадків, пароксизмальними – в 26,7% і вегетативними симптомами як компонентом випадку – в 23,3% випадків. При цьому в жінок 1-ї групи переважала перманентна симптоматика (40% проти 33,3% в 2-й групі), у жінок 2-ї – пароксизмальна симптоматика (33,3% проти 20% в 1-й групі). Вегетативні симптоми як компонент випадку також дещо частіше спостерігали в 1-й групі (26,7% проти 20% в 2-й групі).

Серед скарг пацієток у період між приступами відзначали головний біль (83,3%), переважно ліквородинамічного характеру, запаморочення несистемного характеру (46,7%), хиткість при ходьбі (33,3%), шум у вухах (13,3%). Кожну із цих скарг частіше виявляли в пацієток 2-ї групи.

У значної частини обстежених виявлено психічні порушення, які були розподілені на дві великі групи: психічні порушення, які певним чином супроводжували епіприпадок, і психічні порушення, які спостерігалися в міжпароксизмальний період.

Психопатологічну симптоматику, безпосеред-

ньо пов'язану із припадком, спостерігали в 96,7% обстежених: психічні порушення як провісники випадку, порушення свідомості під час нападу й післянападкові порушення психіки у вигляді патологічної сонливості, дезорієнтації, оглушення.

Другу групу становила така патологія: психо-органічний синдром – у 30% випадків, порушення поведінкових реакцій – у 10% астено-депресивний синдром – у 3,3% випадків. Крім того, в 33,3% жінок були виявлені зміни особистості за епілептичним типом, що є показником несприятливого перебігу захворювання. Зміни особистості за епітипом включали докладне, в'язке мислення, зниження рівня продуктивності уваги (зісковзування за типом фіксації на конкретних деталях), ригідність перемикавання уваги, педантичність.

Аналіз психічних порушень у виділених групах пацієток засвідчив у 1-й групі більшу частоту порушень свідомості під час випадку (100% випадків проти 93,3% в 2-й групі), складніший перебіг післянападкового періоду (26,7% післянападкових порушень проти 20% в 2-й групі), інтелектуально-мнестичне зниження (20% проти 6,7% в 2-й групі) і зміни особистості за епілептичним типом (46,7% проти 10% в 2-й групі).

У неврологічному статусі обстежених пацієток переважала розсіяна неврологічна симптоматика, що відображує резидуально-органічне ураження головного мозку, причому кожне з виявлених порушень (патологія фотореакцій, ністагм, симптом Манна, асиметрія носогубних складок, девіація язика, пірамідна симптоматика, а також чутливі й координаторні порушення) частіше зустрічалося у пацієток 2-ї групи (табл. 3).

Значна кількість обстежених жінок мали супутні дисгормональні розлади, які переважали у жінок 2-ї групи (73,3%) порівняно з 1-ю (53,3%). Аналіз структури дисгормональної патології вия-

Таблиця 3

Основна патологія пацієток 1-ї та 2-ї груп за даними неврологічного статусу

Патологія	1-ша група		2-га група	
	абс.	%	абс.	%
Зниження фотореакцій, ослаблення конвергенції	10	66,7	11	73,3
Ністагм	4	26,7	6	40,0
Симптом Манна	8	53,3	11	73,3
Асиметрія носогубних складок	11	73,3	13	86,7
Девіація язика	3	20,0	4	26,7
Пірамідна симптоматика	7	46,7	10	66,7
Чутливі порушення	1	6,7	6	40,0
Порушення статичної й координації	7	46,7	15	100

вив переважання в 2-й групі доброякісних новоутворень матки й мастопатій, в 1-й – патології щитоподібної залози (табл. 4). В 1-й групі виявлено полікістоз яєчників як в ізольованому вигляді, так й у поєднанні з іншою дисгормональною патологією, в 2-й групі він в ізольованому вигляді не зустрічався.

Під час аналізу етіології епілепсії відзначено переважання симптоматичних епілепсій (90%), причому в структурі етіологічних чинників домінували нейроінфекції й черепно-мозкові травми. Це пояснюється тим, що обстежені пацієнтки були працівниками залізничного транспорту, де досить часто мають місце травматизм і застудні захворювання. Із цим також пов'язана відсутність спадково-зумовлених епілепсій, які маніфестують переважно в дитячому і юнацькому віці і є протипоказанням до роботи, пов'язаної з транспортом. Слід зазначити, що в 1-й групі обстежуваних була більшою частка черепно-мозкових травм, у 2-й групі спостерігали збільшення кількості випадків дисциркуляторних і дисгормональних енцефалопатій, що, ймовірно, пов'язане з відмінностями в показниках середнього віку пацієнток.

При аналізі типів епілептичних випадків у всіх обстежених було виявлено тільки парціальні випадки: прості, комплексні і вторинно-генералізовані. Домінування фокальної епілепсії пояснюється місцем роботи обстежених і етіологією епілепсії, що зумовила вогнищеві ураження нервової системи. Переважання ізольованих вторинно-генералізованих і відсутність ізольованих простих парціальних випадків у жінок 1-ї групи порівняно з пацієнтками 2-ї свідчить про більш несприятливий перебіг захворювання в цій групі.

Використання препаратів груп карбамазепіну й вальпроєвої кислоти як терапії в обстежених пацієнток пояснюється тактикою медикаментозної терапії залежно від типу епілептичних випадків.

У 6,7% хворих дебют захворювання припадає на пубертатний період, а поява випадків мала чіткий взаємозв'язок з певною фазою менструального циклу й завжди спостерігалася в передменструальний період. Це узгоджується з даними літератури про поширеність такої специфічної форми епілепсії (10% всіх жінок, що страждають на епілепсію) [2]. Циклічна закономірність виникнення випадків залежно від фази менструального циклу зумовлена коливанням рівнів специфічних жіночих статевих гормонів. Відомо, що естрогени виявляють проконвульсивну активність. Вони знижують поріг судомної готовності за рахунок зниження синтезу гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) за допомогою амінодекарбоксілази і блокування ГАМК-рецепторів. Прогестерон, навпаки, підвищує поріг судомної готовності за допомогою механізму, протилежного такому естрогенів, тобто має антиконвульсивну дію. У жінок у передменструальний період спостерігається підвищення рівня естрогенів і зниження рівня прогестерону, що провокує появу епілептичних випадків.

Вегетативну симптоматику спостерігали у більшості обстежених. Причому в структурі синдрому вегетативної дисфункції істотно переважали перманентні клінічні симптоми над пароксизмальними й вегетативними симптомами, які були компонентом самих епілептичних випадків (73,3; 26,7, і 23,3% відповідно). Висока частота вегетативних розладів у хворих на епілепсію жінок свідчить про дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарної системи й лімбіко-ретикулярних структур. Її,

Таблиця 4

Основні дисгормональні розлади, виявлені у жінок 1-ї та 2-ї груп

Дисгормональні розлади	1-ша група		2-га група	
	абс.	%	абс.	%
Усього	8	53,3	11	73,3
Патологія щитоподібної залози	3	37,5	2	18,2
Полікістоз яєчників	3	37,5	–	–
Доброякісні новоутворення матки	1	12,5	2	18,2
Мастопатія	–	–	2	18,2
Поєднання доброякісних новоутворень матки з мастопатією	1	12,5	1	9,5
Поєднання патології щитовидної залози і яєчників	–	–	2	18,5
Поєднання патології щитоподібної залози й мастопатії	–	–	2	18,2

ймовірно, могли спричинити як етіологічний чинник захворювання, так і сам процес епілептогенезу, що негативно впливає на гормональний профіль жіночого організму, а також прийом протисудомних препаратів. При порівняльному аналізі двох груп виявлено переважання перманентної вегетативної симптоматики, зокрема за рахунок емоційної нестійкості, астенії й порушень сну, і вегетативної симптоматики як компонента епілептичного припадку в жінок 1-ї групи. Водночас пароксизмальна вегетативна симптоматика незначно переважала у пацієток 2-ї групи. Таким чином, у жінок 1-ї групи частіше спостерігали вегетативні клінічні прояви, за винятком пароксизмальних, що свідчить про більш несприятливий перебіг захворювання в цій групі.

При порівнянні скарг пацієток у період між нападами і даних неврологічного статусу виявлено, що кожна зі скарг зустрічалася набагато частіше у жінок 2-ї групи; основні неврологічні порушення, виявлені при огляді, також значно частіше спостерігалися у жінок 2-ї групи. По-перше, це пояснюється віком, у якому розпочалося захворювання: практично в усіх жінок 1-ї групи вплив екзогенного етіологічного чинника мав місце ще в дитячому віці, що завдяки анатомо-фізіологічним особливостям дитячого віку (недостатня зрілість нервової тканини, лабільність судинної системи) і високій компенсаторній здатності забезпечило значно більший регрес неврологічних симптомів порівняно з жінками 2-ї групи. Також це можна пояснити більшим показником середнього віку жінок 2-ї групи, а отже, й приєднанням супутньої судинної патології.

Аналіз психічних порушень виявив більш не-

приятливий перебіг епілепсії у жінок 1-ї групи. Про це свідчать більша частота порушень свідомості під час припадку, тяжчий перебіг післянападного періоду, інтелектуально-мнестичне зниження й зміни особистості за епілептичним типом у пацієток цієї групи. Більш виражені порушення пам'яті й інтелекту, особистісні зміни у таких пацієток також пояснюються дією етіологічного чинника епілепсії в дитячому віці, у період психомоторного розвитку, порушення якого призводить до виникнення грубих дефектів в інтелектуально-мнестичній сфері.

Висновки

1. Клінічними особливостями перебігу епілепсії в обстежених жінок є переважно парціальний характер припадків, взаємозв'язок епілептичних припадків з фізіологічними й патологічними гормональними змінами, наявність у структурі захворювання лікворно-гіпертензивного синдрому, великої кількості вегетативних порушень і психічних розладів, а також змін в інтелектуально-мнестичній й емоційній сферах. Вище зазначені патологічні зміни переважали в жінок з початком епілепсії у віці до 25 років, що свідчить про більш несприятливий перебіг захворювання у жінок з раннім початком епілепсії.

2. Виявлено найчастіші коморбідні стани залежно від клінічного перебігу епілепсії: 63,3% жінок мали дисгормональні порушення, що можна пояснити як первинним ураженням центральних нейроендокринних структур, так і порушенням їхнього функціонування внаслідок тривалого перебігу епілепсії й прийому антиепілептичних препаратів.

Література

1. Мухін К.Ю., Петрухін А.С. Ідіопатичні форми епілепсії: симптоматика, діагностика, терапія. – М.: Арт-Бизнес-Центр, 2000. – 319 с.
2. Харчук С.М., Щеглова Я.Н., Рейнгардт О.Б. Соціальні аспекти медичної допомоги хворим на епілепсію в Україні // Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1 (30) – С. 137–138.
3. Mouzitchouk L., Selukov G., Shapiro B. State and perspectives of epileptology in Ukraine // *Epilepsia*. – 1999. – Vol. 40 (Suppl. 2). – P. 109.

О.Б. Троценко, О.Ю. Меркулова, В.П. Холодный, И.Н. Пасюра

Особенности клинических проявлений эпилепсии и сопутствующей патологии у женщин

Представлены результаты обследования 30 женщин с эпилепсией. Изучали клинические особенности течения эпилепсии, эффективность применения противоэпилептической терапии, а также коморбидную патологию, которая встречается наиболее часто.

O.B. Trotsenko, O.Yu. Merkulova, V.P. Kholodny, I.N. Pasyura

Peculiarities of clinical aspects of epilepsy and associated pathology of women

30 women with epilepsy and associated pathology were observed. Etiological factors of epilepsy, peculiarities of development epilepsy and associated pathology were studied.