



## Эпилептические пароксизмы у военнослужащих

ДРОЗДОВА И.П., доцент ([lorines@rambler.ru](mailto:lorines@rambler.ru))<sup>2</sup>  
ДОЛОКА Ю.В. ([ydoloka@mail.ru](mailto:ydoloka@mail.ru))<sup>1</sup>  
ХЕЛИМСКИЙ А.М., профессор ([akhelim@gmail.com](mailto:akhelim@gmail.com))<sup>2</sup>  
ГНАТЫШЕВ И.В., подполковник медицинской службы ([gnatichiev@mail.ru](mailto:gnatichiev@mail.ru))<sup>1</sup>  
КУЗЕННАЯ С.Ч. ([skusenya@mail.ru](mailto:skusenya@mail.ru))<sup>1</sup>  
РОМАНЮХА Р.В. ([rvromanicha@mail.ru](mailto:rvromanicha@mail.ru))<sup>1</sup>

<sup>1</sup>301-й Военный клинический госпиталь (военного округа), г. Хабаровск; <sup>2</sup>Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

*Представлен анализ данных обследования и лечения 73 военнослужащих с диагнозом «Эпилепсия. Эпилептический статус». Значительная часть из них при призыве скрыли наличие заболевания на призывной комиссии или ошибочно были признаны годными к военной службе. У части военнослужащих дебют эпилепсии приходился на адаптационный период (первые 3 мес) и был связан с обязанностями военной службы. Выявлено недостаточно широкое назначение современных противосудорожных препаратов. При призыве в спорных случаях рекомендовано использовать ЭЭГ-видеомониторинг и данные электронных амбулаторных карт.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* военнослужащие, призывники, эпилепсия, пароксизмальное состояние.

*Drozдова I.P., Doloka Yu.V., Khelinskii A.M., Gnatyshev I.V., Kuzennaya S.Ch., Romanyukha R.V. – Epileptic seizures in servicemen. The analysis of the survey data and treatment of 73 soldiers with a diagnosis «Epilepsy. Status epilepticus». A large part of soldiers when calling-up concealed the disease at the call-up commission or were wrongly found fit for military service. In some soldiers the onset of epilepsy coincided with the adaptation period (first three months), and was associated with the performance of military duties. Revealed insufficient general-purpose modern anti-epileptic drugs. When conscription case of dispute, it is recommended to use EEG-video monitoring and electronic data outpatients.*

*К е y w o r d s:* soldiers, conscripts, epilepsy, paroxysmal state.

Эпилепсия и эпилептические синдром в неврологии относятся к неотложным состояниям. Внезапность возникновения пароксизма, потеря ориентации и дееспособности в связи с утратой сознания, возможность травматизации во время приступа превращают генерализованный эпилептический припадок в жизнеугрожающую ситуацию [3]. В связи с этим и в соответствии с приказом министра обороны РФ 2013 г. № 565 при наличии пароксизмальных эпилептических состояний (по МКБ-10 подгруппа G 40–41 заболеваний) граждане признаются не годными к военной службе [4, 5].

В настоящее время достигнуты успехи в диагностике и лечении эпилепсии. Существуют специфические высокочувствительные методы, позволяющие диагностировать заболевание [1, 7]. Методы нейровизуализации способны выявить причинный фактор эпилепсии. Подавляющее большинство форм эпилепсии дебютирует в детском и юношеском возрасте [2].

В отдельных, благоприятных, случаях возможна стойкая ремиссия заболевания или полное выздоровление пациента. Однако при определенных физических и психоэмоциональных нагрузках не исключен рецидив заболевания [6].

Несмотря на то что граждане с диагнозом «Эпилепсия и эпилептические синдромы» не подлежат призыву в Вооруженные Силы, больные с эпилептическими пароксизмами довольно часто проходят обследование и лечение в военных госпиталях. Таким образом, представляется актуальным детальное изучение причин возникновения пароксизмов у военнослужащих для разработки рекомендаций по эффективному выявлению этой категории пациентов.

### Цель исследования

Разработка рекомендаций по повышению эффективности выявления лиц с пароксизмальными эпилептическими состояниями для исключения случаев их ошибочного призыва на военную службу.



### Материал и методы

Проведено исследование 73 пациентов с установленным диагнозом «Эпилепсия. Эпилептический статус» (МКБ-10, шифр G 40–41), находившихся на лечении в 2005–2014 гг. в неврологическом отделении 301-го военного клинического госпиталя. Оценивались тип, частота, характер пароксизмов, форма эпилепсии и дебют заболевания. Учитывались катамнез заболевания, проводимое лечение и его эффективность, наличие или отсутствие клинической ремиссии. В исследовании исключены больные с синкопальными пароксизмальными состояниями.

Большинство (55 человек – 75,3%) составили пациенты с установленным впервые или ранее диагнозом «Эпилепсия» – *основная группа* (табл. 1). Среди них преобладали военнослужащие по призыву – 46 человек (63%, средний возраст –  $19,67 \pm 0,34$  года), составившие *первую подгруппу*, *вторую* – военнослужащие по контракту, запаса (в отставке) – 9 человек (12,3%, средний возраст –  $47,6 \pm 5,84$  года).

Во второй подгруппе наблюдались только симптоматические формы эпилепсии. Причинами явились перенесенные черепно-мозговые травмы в период военной службы или приобретенное заболевание – дисциркуляторная энцефалопатия. Длительность заболевания в среднем составила  $5,4 \pm 2,87$  года.

В структуре пациентов с *ситуационно обусловленными эпилептическими припадками* ( $n=18$ ) преобладали действующие офицеры (16 человек). Средний воз-

раст пациентов составил  $35 \pm 1,74$  года. Причинно-провоцирующими факторами эпилептического синдрома были употребление накануне алкоголя, депривация сна, употребление крепкого кофе, переутомление, прием медикаментов.

Инструментальные методы обследования включали лабораторные общеклинические исследования, *электроэнцефалографию* (ЭЭГ), ЭЭГ-видеомониторинг, нейровизуализацию (*спиральную компьютерную томографию* (СКТ), *магнитно-резонансную томографию* (МРТ) головного мозга), холтеровское мониторирование, ультразвуковую доплерографию сосудов шеи.

### Результаты исследования

При ЭЭГ-исследовании пациентов с *ситуационно обусловленными эпилептическими припадками* отмечена дисфункция биоэлектрической активности головного мозга. Эпилептиформная активность не зарегистрирована. Методы нейровизуализации (СКТ, МРТ) выявили отсутствие изменений структуры вещества головного мозга в половине случаев (9 человек). У остальных пациентов фиксировались легкие и умеренные атрофические изменения вещества головного мозга, признаки сообщающейся гидроцефалии, наличие порэнцефалической кисты.

Учитывая однократный, ситуационно обусловленный характер эпилептического пароксизма, пациентам не назначалась длительная терапия антиконвульсантами, не изменялась категория годности к военной службе. Было рекомендовано исключить провоцирующий фактор эпилептических припадков.

Таблица 1

### Средний возраст и длительность заболевания у пациентов с эпилепсией и эпилептическими припадками

Показатель	Военнослужащие с ситуационно обусловленными эпилептическими припадками, $n=18$ (24,7%)	Военнослужащие по призыву с эпилепсией, $n=46$ (63%)	Военнослужащие по контракту, запаса (в отставке) с эпилепсией, $n=9$ (12,3%)
Средний возраст, лет	$35 \pm 1,74$	$19,67 \pm 0,34$	$47,6 \pm 5,84$
Длительность заболевания, лет	$8,47 \pm 3,46$	$5,4 \pm 2,87$	$5,4 \pm 2,87$



В *первой подгруппе* основной группы впервые в жизни установленное заболевание «эпилепсия» выявлено у 17 пациентов (37%). Эпилептические припадки возникали на фоне физических и психоэмоциональных нагрузок. У 29 человек (63%) заболевание было диагностировано ранее — до призыва на военную службу, а его длительность в среднем составила  $8,47 \pm 3,46$  года. Причем 12 человек при прохождении призывной комиссии скрыли наличие приступов, мотивируя желанием служить в Вооруженных Силах. 17 человек признаны годными к военной службе с незначительными ограничениями в связи со стойкой ремиссией или на основании оценки пароксизмов как синкопальных состояний. Из них рецидив возник у 14 человек.

Согласно заключению военно-врачебной комиссии у 26 человек была установлена причинная связь эпилепсии с общим заболеванием, в т. ч. у 12 военнослужащих по призыву, утаивших наличие заболевания, и у 14 человек — с рецидивом припадков на фоне неправильно расцененной ремиссии заболевания. Средние

сроки манифестации эпилептического припадка от момента призыва составили  $69,57 \pm 5,64$  и  $60,38 \pm 4,87$  сут соответственно. В случае дебюта эпилепсии в период военной службы военнослужащим по призыву устанавливалась категория «заболевание получено в период военной службы» (17 человек). Средние сроки манифестации эпилептического припадка у них составили  $95 \pm 11,04$  сут (табл. 2).

Идиопатическая форма эпилепсии наблюдалась в 26 случаях, симптоматическая — в 15, криптогенная форма зарегистрирована у 5 человек. Причинными факторами симптоматических форм явились: остаточные явления перинатальной энцефалопатии — 11, травмы центральной нервной системы — 3 и наличие кавернозной ангиомы вещества головного мозга — 1 случай. У пациентов с идиопатической формой эпилепсии преобладали первично-генерализованные припадки и псевдоабсансы. Среди симптоматических форм эпилепсий были представлены вторично-генерализованные и парциальные припадки с частотой от нескольких раз в месяц и серийного течения до 1–2 раз в год (табл. 3).

Таблица 2

**Средние сроки манифестации эпилептического припадка у военнослужащих по призыву**

Показатель	Военнослужащие, утаившие заболевание <sup>1</sup>	Военнослужащие с ремиссией заболевания <sup>2</sup>	Военнослужащие с дебютом заболевания <sup>3</sup>
Время от момента призыва до манифестации припадка (сут)	$69,57 \pm 5,64^*$	$60,38 \pm 4,87^{**}$	$95 \pm 11,04$

Примечание: \* $p_{1,3} < 0,001$ ; \*\* $p_{2,3} < 0,001$ .

Таблица 3

**Соотношение частоты и характера приступов, формы эпилепсии и групп пациентов**

Показатель		Военнослужащие по призыву ( $n=46$ )	Военнослужащие по контракту ( $n=9$ )
Частота приступов		1 раз в месяц сериями — 1 раз в год	1–2 раза в месяц — 1–2 раза в год
Характер припадков		Первично-генерализованные, псевдоабсансы	Ночные и дневные вторично-генерализованные
Форма эпилепсии (абс. число/%)	идиопатическая симптоматическая криптогенная	26/56,52 15/32,61 5/10,87	9/100



Во второй подгруппе по характеру приступов преобладали ночные и дневные вторично-генерализованные эпилептические припадки с частотой от 1–2 раз в месяц до 1–2 раз в год.

ЭЭГ-исследование зафиксировало эпилептическую активность в виде региональных или генерализованных острых волн, комплексов острая-медленная волна, спайк- и полиспайкволновой активности у 19 человек (41,3%). У 12 пациентов (26,1%) выявлена пароксизмальная активность в виде медленных тета- и дельта-волн, усиливающаяся при функциональных пробах, преимущественно на гипервентиляцию, или возникающая вспышками. В 7 случаях (15,2%) регистрировалась ирритация отделов головного мозга в виде высокочастотных бета-волн с усилением при функциональных пробах или в виде заостренных альфа-волн. У 8 пациентов (17,4%) ЭЭГ фиксировала только дисфункцию биоэлектрической активности головного мозга (табл. 4).

Структурных изменений вещества головного мозга по данным СКТ и МРТ в большинстве случаев (28 человек – 60,9%) не выявлено. У 14 (30,4%) обнаружена сообщающаяся или наружная гидроцефалия. У 4 пациентов (8,7%) выявлены очаги в веществе головного

мозга. Специфическая противоэпилептическая терапия пациентам с эпилепсией проводилась антиконвульсантами – вальпроевой кислотой (19 больных), фенобарбиталом (14), карбамазепином (7). В 6 случаях противоэпилептическое лечение не назначалось.

Во второй подгруппе значительно чаще, чем в первой (военнослужащие по призыву), отмечалось наличие очаговой неврологической симптоматики (5 человек – 55,6%). У одного пациента наблюдалось эпилептическое изменение личности и межкительные психозы. На ЭЭГ у всех больных регистрировалась очаговая или региональная медленно-волновая активность, вероятно как проявление органического поражения вещества головного мозга в рамках посттравматической или дисциркуляторной энцефалопатии. Специфическое лечение эпилепсии проводилось препаратами вальпроевой кислоты, фенобарбиталом, карбамазепином. Медикаментозной ремиссии у пациентов не отмечалось.

#### Обсуждение

Физические и психоэмоциональные нагрузки службы в Вооруженных Силах являются провоцирующими факторами у предрасположенных лиц [1, 11]. Для военнослужащих, призванных из других

Таблица 4

#### Соотношение результатов инструментальных методов обследования и подгрупп пациентов основной группы

Показатель		Военнослужащие по призыву (n=46)	Военнослужащие по контракту (n=9)
ЭЭГ (абс. число/%)	эпилептическая активность	19/41,2	9/100
	медленноволновая активность	12/26,1	
	ирритация	7/15,2	
	дисфункция БЭА	8/17,4	
СКТ, МРТ головного мозга (абс. число/%)	норма	28/60,9	5/55,56
	гидроцефалия	14/30,4	
	очаги вещества	4/8,7	



регионов, этап приспособления к климатическим условиям Дальневосточного региона, как правило, завершается через 3–5 мес, у призывников из местных жителей – на 1 мес раньше. Наблюдается перенапряжение физиологических резервов организма. В той или иной степени биологическая адаптация военнослужащих продолжается в течение всей службы, но наиболее интенсивно – в первые 6 мес.

Выявлены достоверные различия в периодах манифестации эпилептического припадка от момента призыва в подгруппе пациентов с дебютом заболевания ( $95 \pm 11,04$  сут) и подгруппе пациентов с рецидивом заболевания ( $64,67 \pm 5,34$  сут). Таким образом, у пациентов первой подгруппы эпилепсия оценивалась как заболевание, полученное в период военной службы, и устанавливалась связь с исполнением обязанностей военной службы. Рецидивы эпилепсии относились к категории «общее заболевание», а связь с обязанностями военной службы и эпилептическими пароксизмами у таких пациентов не всегда определялась.

Наличие исключительно симптоматических форм эпилепсии у действующих или военнослужащих в отставке, достигших зрелого возраста, является закономерным явлением, что расценивается как результат появления очагового поражения нервной системы вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, присоединения дисциркуляторной энцефалопатии и др. [8, 9].

Наблюдавшиеся в поликлинике с диагнозом «Эпилепсия со стойкой ремиссией» 17 призывников были признаны годными к военной службе с незначительными ограничениями. В последующем у 14 из них возник рецидив заболевания. Существует несколько форм эпилепсии или условно патологических состояний, таких, например, как фебрильные судороги, которые действительно могут стабилизироваться и не иметь риска декомпенсации в виде эпилептических припадков. В таком случае мы можем говорить о выздоровлении пациента.

В связи с этим для определения тонкой грани вероятной декомпенсации ранее установившейся ремиссии эпилепсии мы считаем необходимым рекомендовать применение для данной категории пациентов ЭЭГ-видеомониторинга. Этот метод с вероятностью до 97% позволяет дифференцировать синкопальные и эпилептические пароксизмы, а также выявить субклиническую эпилептическую активность у реконвалесцентов по эпилепсии как маркёр вероятного рецидива заболевания [1, 5, 13, 14]. Это имеет важное значение, т. к. генерализованный судорожный припадок, если он происходит при контакте больного с движущимися механизмами, транспортом или оружием, угрожает жизни пациента и окружающих его лиц. Кроме того, «сорванная» ремиссия эпилепсии обрекает пациента на восстановление приема антиконвульсантов на долгие годы [7, 12].

У 12 военнослужащих по призыву, скрывших на призывной комиссии наличие заболевания, оно проявилось эпилептическими припадками. Призывники мотивируют факт сокрытия заболевания желанием служить, утерей амбулаторной карты или же просто умалчивают наличие припадков в анамнезе. В подобных случаях мы считаем необходимым получать достоверную информацию путем запроса выписки из «Электронной амбулаторной медицинской карты» по месту проживания призывника. Система электронного ведения документации практически повсеместно внедрена в поликлинической службе, а данные о пациенте хранятся минимум 25 лет [2]. Это позволит выявлять лиц, не подлежащих призыву, уже на уровне призывных комиссий.

Для повышения эффективности лечения военнослужащих с эпилептическими пароксизмами мы рекомендуем шире использовать ламотриджин, топирамат, окскарбазепин, леветирацетам. Данные препараты обладают более высокой противоэпилептической активностью и меньшими побочными эффектами, что особенно актуально для лиц молодого возраста [7, 10].



## ВЫВОДЫ

1. Среди находившихся на обследовании и лечения в военном госпитале пациентов с эпилептическими пароксизмами преобладали военнослужащие по призыву.
2. Установлена высокая вероятность рецидива заболевания при призыве на воен-

ную службу лиц с нестойкой ремиссией.

3. Дебют эпилепсии приходится на адаптационный период (первые 3 мес службы) и связан с исполнением обязанностей военной службы.

4. Для повышения эффективности лечения военнослужащих с эпилепсией целесообразно применение современных антиконвульсантов.

## Литература

1. *Вышлова И.А., Гюнтер Н.А., Шевченко П.П.* Нейрофизиологические показатели адаптации призывников срочной службы // Клиническая неврология. — 2015. — № 1. — С. 23–25.
2. *Дроздова И.П., Кохан В.Г., Мошина А.Г., Сулова Н.Ю., Налкин С.А.* Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии у жителей Хабаровска // Дальневосточный мед. журн. — 2014. — № 4. — С. 40–44.
3. *Дроздова И.П.* Нейропсихологическая характеристика и оксидантный статус у больных молодого возраста с церебральными пароксизмами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2011. — 34 с.
4. *Дыскин Д.Е., Емельянов А.Ю., Ефимов И.М.* Диагностика эпилепсии при профессиональном отборе у лиц, поступающих в летные училища /Актуальные вопросы медицинского контроля за состоянием здоровья летчиков и космонавтов: Сб. матер. науч. конф. — СПб, 1998. — С. 80–83.
5. *Ефимов И.М.* Военно-врачебная экспертиза при заболеваниях и травмах нервной системы // В кн.: Военная неврология / Под ред. *М.М.Одинака*. — СПб: ВМедА, 2004. — С. 331–343.
6. *Мызников И.Л., Устименко Л.И., Трофимова А.Ю., Бурцев Н.Н.* Военно-врачебная экспертиза призывников и ее качество // Проблемы соц. гигиены и история медицины. — 2013. — № 3. — С. 32–36.
7. *Одинак М.М., Холин А.В., Литвиненко И.В., Дыскин Д.Е., Ефимов И.М.* Медикаментозное лечение эпилепсии височной доли нейропротективными препаратами / Современные

подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Матер. юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. — СПб: ВМедА, 2000. — С. 278.

8. *Одинак М.М.* Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и военно-врачебная экспертиза эпилепсии и судорожных синдромов: Методические рекомендации. — М.: ГВМУ МО РФ, 2003. — 40 с.

9. *Aarabi B., Taghipour M., Haghnegahdar A.* et al. Prognostic factors in the occurrence of posttraumatic epilepsy after penetrating head injury suffered during military service // Neurosurg. Focus. — 2000. — Vol. 8, N 1. — P. 1–10.

10. *Cranley M.R., Craner M., McGilloway E.* Antiepileptic prophylaxis following severe traumatic brain injury within a military cohort // J. R. Army Med. Corps. — 2016. — N 162. — P. 109–114.

11. Epilepsy in active component service members, 1998–2012 // Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC) // MSMR. — 2013. — Vol. 20, N 5. — P. 19–22.

12. *Erickson J.C., Ellenbogen R.G., Khajevi K.* et al. Temporal lobectomy for refractory epilepsy in the U.S. military // Mil. Med. — 2005. — Vol. 170, N 3. — P. 201–205.

13. *Kocak N., Turker T., Aydin I.* et al. The prevalence of disorders causing disability in young adult males in Turkey between 2009–2011 // Pak. J. Med. Sci. — 2013. — Vol. 29, N 5. — P. 1240–1244.

14. *Toyoda G., Brown E.C., Matsuzaki N.* et al. Electroencephalographic correlates of overt articulation of 44 English phonemes: intracranial recording in children with focal epilepsy // Clin. Neurophysiol. — 2014. — Vol. 125, N 6. — P. 1129–1137.