

ЭПИЛЕПСИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.

Ахунова Т.А., Мусаева Ю.А., Йулчиев Э.У., Абдуллазизова У.С.

*Ферганский областной многопрофильный
медицинский центр Фергана Узбекистан*

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан.

Leyla.akhunova@mail.ru

Цель исследования: Комплексный анализ эпидемиологических характеристик, неврологических расстройств, нарушений функционального состояния головного мозга, оценка эффективности лечения больных симптоматической локально-обусловленной эпилепсией и эпилептическими припадками при ишемическом инсульте.

Задачи исследования:

1. Определить основные эпидемиологические характеристики эпилепсии .
2. Провести детальное клинико-неврологическое обследование больных симптоматической локально-обусловленной эпилепсией и эпилептическими припадками при ишемическом инсульте с объективной количественной оценкой неврологических расстройств. Выявить основные факторы, определяющие развитие и течение симптоматической локально-обусловленной эпилепсии при ишемическом инсульте.
3. Осуществить проспективное исследование больных ишемическим инсультом с целью определения прогноза восстановления нарушенных функций, частоты повторных инсультов и эпилептических припадков.
4. Определить состояние спонтанной биоэлектрической активности мозга, состояние гемодинамики в экстракраниальных отделах магистральных сосудов головы у больных постинсультной эпилепсией.
5. Разработать основные направления лечения и профилактики эпилепсии у больных инсультом.

Результаты исследования 1. Распространенности эпилепсии составляет 2,7‰ на 1000 населения. Установлено, что в возрастной группе старше 50 лет

распространенность эпилепсии составляет 2,5 на 1000 человек, и старше 70 - 2,9 на 1000 человек. Ведущей причиной заболевания (12,2% случаев) у больных старших возрастных групп являются нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Постинсультная эпилепсия развивается у 6,9% больных, перенесших ишемический инсульт в каротидной системе.

2. В результате динамического наблюдения 1080 пациентов ишемическим инсультом в течение 3 лет установлено, что у больных с тяжелым ишемическим инсультом в течение раннего восстановительного периода наблюдаются выраженные неврологические нарушения с относительно небольшим регрессом на фоне сохраняющейся артериальной гипертензии и кардиальных нарушений. У больных инсультом с ограниченными последствиями имеет место полное или почти полное восстановление неврологического дефекта, социально-бытовая адаптация и возвращение к труду. Наиболее значительный регресс неврологических нарушений при различной исходной тяжести инсульта происходит в первые 6 месяцев заболевания. Летальность у больных в течение 3 лет наблюдения составляет 31,5%. Ранние эпилептические припадки имеют место у 4,7% всех больных ишемическим инсультом в каротидной системе, поздние припадки - в 7,7% наблюдений.

3. Частота эпилептических припадков у больных, перенесших инсульт в вертебрально-базиллярной системе, составляла 2,6%, преобладали ранние припадки.

4. Прогностическими факторами возможного развития постинсультной эпилепсии являются поздние эпилептические припадки, мерцательная аритмия. Риск развития постинсультной эпилепсии достоверно выше у пациентов относительно молодого возраста, с корково-подкорковым инфарктом лобной, теменной, височной локализации при достаточной сохранности кровотока по экстра- и интракраниальным артериям.

4. Ранние припадки чаще развиваются у больных старшего возраста, с тяжелым течением заболевания, наличием мерцательной аритмии, сахарного

диабета II типа. Ранние эпилептические припадки после инсульта позволяют прогнозировать медленный темп восстановления нарушенных функций, сохранение тяжелого неврологического дефицита, большую вероятность развития повторных ишемических инсультов.

5. Эффективность противоэпилептической терапии при лечении эпилепсии у больных ишемическим инсультом достаточно высока (у 64% больных припадки прекращаются). Препаратами выбора являются карбамазепин и вальпроаты. Противоэпилептическая терапия должна назначаться больным постинсультной эпилепсией индивидуально, с учетом характера припадков, соматического статуса больного, социально-экономических факторов и спектром возможных побочных явлений; целесообразен дифференцированный подход к выбору метаболической терапии с предпочтительным назначением препаратов нейропротективного действия.

Выводы.

1. Распространенность эпилепсии в составляет 2,7 на 1000 населения. Ведущей причиной заболевания у больных среднего и пожилого возраста являются ишемические инсульты. Ише-мический инсульт увеличивает вероятность развития эпилепсии и эпилептических припадков в течение первых трех лет; особенно значительно - в течение первого года после инсульта. У больных молодого возраста основное значение в качестве причины эпилепсии имеют ней-роинфекции, черепно-мозговая травма, а та*же перинатальная патология.

2. Ранние эпилептические припадки - до 7 дней с начала инсульта - отмечены у 4,7% больных ишемическим инсультом, поздние припадки - у 7,7% больных. У большинства (89%) больных с поздними припадками в течение трех лет наблюдения наблюдаются повторные припадки, что позволяет диагностировать постинсультную эпилепсию.

3. Риск развития ранних эпилептических припадков наиболее велик у больных старшего возраста (72+7 лет), с тяжелым течением ишемического

инсульта, наличием мерцательной аритмии, сахарного диабета, обширными корково-подкорковыми очагами (по данным КТ). У больных с ранними эпилептическими припадками наиболее вероятен медленный темп восстановления нарушенных функций, сохранение тяжелого неврологического дефицита; высок риск повторных ишемических инсультов.

4. Вероятность возникновения поздних (после 7 дней с момента развития инсульта) припадков велика у пациентов среднего и пожилого возраста (61 ± 6 лет), с наличием мерцательной аритмии, церебральными инфарктами средних размеров (от 10 до 30 мм), в лобных, височных и/или теменных отделах больших полушарий головного мозга. Течение восстановительного периода инсульта у больных с поздними эпилептическими припадками более благоприятно, в большинстве случаев характеризуется умеренным неврологическим дефицитом.

5. Ранние эпилептические припадки у большинства больных носят вторично-генерализованный характер; почти в половине случаев начинаются с фокального компонента с последующей быстрой потерей сознания и распространением судорог на ипсилатеральные конечности. Поздние эпилептические припадки носят парциальный (45% наблюдений) или вторично-генерализованный характер. Парциальный компонент припадка чаще является простым моторным или сложным парциальным с наличием ауры.

6. Характерными электроэнцефалографическими признаками для больных постинсультной эпилепсией (в межприступном периоде) являются: высокий амплитудный уровень ЭЭГ и мощность спектра, значительная представленность альфа-активности, более высокая доминирующая частота, большая мощность бета-активности с увеличением частоты до 20 - 23 Гц. Вместе с тем, имеется дезорганизация основных ритмов ЭЭГ, с нарушением их зонального распределения, увеличением мощности спектра медленной активности в пораженном полушарии, часто - с формированием фокуса медленной активности.

7. У больных с поздними эпилептическими припадками постинсультной эпилепсией по данным ультразвуковой доплерографии определяется отсутствие грубых нарушений гемодинамики; частота изменений магистральных артерий головы и сосудов основания мозга составила в группе больных постинсультной эпилепсией 33,3% и не отличалась достоверно от возрастного контроля (25,6%). Данные об удовлетворительном состоянии магистральных артерий головы в сочетании с указаниями на значение мерцательной аритмии как важного фактора риска припадков после инсульта свидетельствует о преимущественной роли кардиоэмболий в формировании изменений мозговой ткани, обуславливающих развитие припадков у больных постинсультной эпилепсией.

8. Эффективность противоэпилептической терапии при лечении эпилепсии у больных ишемическим инсультом достаточно высока (у 64% больных припадки прекращаются или частота их значительно уменьшается). Препаратами выбора являются вальпроаты и карбамазепины вследствие достаточной эффективности, хорошей переносимости, приемлемой стоимости. Противоэпилептическая терапия должна назначаться больным с повторными (2 и более) поздними припадками (постинсультной эпилепсией) индивидуально, с учетом характера припадков, соматического статуса больного, социально-экономических факторов и возможных побочных явлений; целесообразен дифференцированный подход к выбору дополнительной метаболической терапии с назначением препаратов нейропротективного действия (курсы глицина). Необходимо проведение адекватной вторичной профилактики инсульта.

9. По данным катамнеза установлено, что у 1080 больных, перенесших ишемический инсульт, наиболее значительный регресс неврологических нарушений происходит в первые 6-12 месяцев заболевания. Летальность у больных ишемическим инсультом в течение 3 лет составила 31,5%. Наибольший процент летальности отмечался у больных пожилого возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Алферова В.В. Компьютерная топография электрической активности мозга в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта.- Автореф. дисс. канд. мед. наук.- М., 1991.- 24 с.
2. Андрианов О.С. Узловые вопросы локализации и организации церебральных функций. // Современные аспекты учения о локализации и организации церебральных функций.- М., 1980.-С.200-215.
3. Аносов Н.Н., Виленский Б.С. Инфаркт мозга.- Л.: Медицина, 1978.-255 с.
4. Анохин П.К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование.- М.: Медицина, 1977.- 200 с.
5. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна. С-Пб.: Медицинское информационное агентство, 1994. - 336с.
6. Аракелян В.И. Эпилептические припадки при сосудистых заболеваниях головного мозга.//Автореф. дисс. к.м.н.-Ереван-1976.
7. Бабенкова С.В. Клинические синдромы поражения правого полушария мозга при остром инсульте.- М.: Медицина, 1971.- 263 с.
8. Бадалян Л.О. Неврологические синдромы при болезнях сердца.- М.: Медицина, 1975,- 336 с.
9. Бархатова В.П., Варакин Ю.Я., Суслина З.А., Демина Е.Г., Горностаева Г.В., Файнберг Г.Ф. К патологии метаболизма катехоламинов при цереброваскулярных заболеваниях.-Журн. невро-патол. и психиатр., N2,1994, стр.35-37.
10. Бекузарова М.Р. Выраженные клинические формы хронической недостаточности мозгового кровообращения. Дисс.докт. мед. наук. М., 1997. 274 с.
11. Биниауришвили Р.Г., Вейн А.М., Гафуров Б.Г., Рахимджанов
12. А.Р.-Эпилепсия и функциональное состояние мозга.//Т.: Медицина, 1985.-С.239.

13. Биопотенциалы мозга человека. Математический анализ /
14. В.С.Русинов (ред.)- М., 1987.- 256 с.
15. Боголепов Н.К. Клинические лекции по невропатологии. М., 1971,432 с.
16. Боголепов Н.К. Церебральные кризы и инсульт. М.: Медицина, 1971., 392 с., ил.
17. Боголепов Н.К., Ерохина Л.Г. Эпилептиформный синдром при заболеваниях сердца. В сб.: Актуальные вопросы невропатол. и психиатрии. Киев, 1963, с. 19-20.
18. Боголепов Н.К., Федин А.И. Эпилептический статус при нарушениях мозгового кровообращения. Журн. невропатол. и психиатр, им. СС Корсакова, 1972, т. 72, 4, с. 528-537.
19. Боголепов Н.Н., Воробьева Т.В., Бурд Г.С., Павловская Н.И. Изменения митохондрий нервных клеток коры головного мозга человека при инсульте // Журн. невропатол. и психиатр., 1975.-Т.75.-N7.- С.980-986.
20. Боголепов Н.Н., Воробьева Т.В., Павловская Н.И., Бурд Г.С., Шелякина Л.А. Ультраструктура капилляров коры мозга при инсульте // Ж. невропатол. и психиатр.- 1977.- Т.77.- N 7.1. С.987-993.