

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Всероссийское общество неврологов  
Российское общество психиатров  
Российская противоэпилептическая лига  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Комитет по здравоохранению Ленинградской области  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

## **Российская эпилептология в современном мире**

*К 100-летию Российской противоэпилептической Лиги*

*Материалы конгресса с международным участием*

*Санкт-Петербург, 17–19 февраля 2010 года*

Санкт-Петербург  
2010

УДК: 616.853-07-08

P74

Российская эпилептология в современном мире (к 100-летию Российской противозепилептической лиги): материалы конгресса с международным участием, Санкт-Петербург, 17-19 февраля 2010 г. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. — 101 с.

Научные редакторы: М.А. Михайлов, Ю.В. Попов,  
С.К. Хоршев, Н.В. Семенова

В настоящем сборнике опубликованы тезисы научных работ отечественных ученых, отражающие современные направления развития важнейших разделов эпилептологии. Представленные работы могут способствовать внедрению в клиническую практику достижений современной медицины. Издание предназначено для психиатров, неврологов, клинических психологов и других специалистов в области эпилептологии.

ISBN 978-5-94651-052-3

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010

## **Предисловие**

Сборник тезисов научных работ конгресса «Российская эпилептология в современном мире» посвящен знаменательной дате — столетию образования Российской противоэпилептической Лиги.

Это важное событие в развитии нейронаук в России произошло на III Съезде отечественных психиатров, состоявшемся в Петербурге 27.12.1909 г. — 05.01.1910 г.

«Русская Лига для борьбы с эпилепсией» была учреждена по инициативе выдающегося отечественного невролога и психиатра академика В.М. Бехтерева (1857–1927), Председателя Съезда и Президента Санкт-Петербургского Психоневрологического Института.

В состав Центрального бюро Комитета Лиги вошли академик В.М. Бехтерев (Председатель), его ученики и сотрудники — секретарь Русской Лиги В.Я. Анфимов (1885–1958) и А.С. Грибоедов (1875–1944) (Санкт-Петербург), доктор медицины А.А. Сухов (1872–1929) — Стрекаловская больница (Москва).

Структура и задачи Русской Лиги для борьбы с эпилепсией полностью соответствовали структуре и задачам учрежденной незадолго до того (30 августа 1909 года, г. Будапешт) Международной Лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE), с учетом национальных особенностей и традиций России:

1. Содействие строительству клиник для лечения больных эпилепсией в России и, в частности, первой в Петербурге эпилептологической клиники при Психоневрологическом институте.

2. Накопление материалов по статистике, лечению и признанию больных эпилепсией.

3. Изучение вопросов патогенеза и терапии эпилепсии, а также экспериментально-психологического исследования болезни.

4. Выработка классификации эпилепсии.

5. Организация пересмотра охраны правового положения больных эпилепсией и т. д.

В.М. Бехтерев придавал особое значение вопросам, связанным с изучением и лечением больных эпилепсией, учитывая медицинскую, социальную значимость заболевания и его распространенность — в начале XX века в России насчитывалось около 100 000 больных эпилепсией.

Академик В.М. Бехтерев принял активное участие в создании международного журнала «Epilepsia», являясь членом его редакционного совета. В 1912 году в разделе «Оригинальные статьи» журнала «Epilepsia» была опубликована работа В.М. Бехтерева и В.Я. Анфимова «Алкогольная эпилепсия». Эта работа была доложена в Цюрихе на Международном съезде «Лиги по борьбе с эпилепсией», и «русский доклад» стал программным в работе международного съезда. В 1914 году в журнале «Эпилепсия» была опубликована

широко известная работа В.М. Бехтерева и Л.М. Пуссера «Хирургия при душевных болезнях». В 1914 году Фриц Леб (Мюнхен) опубликовал библиографию эпилепсии, где имеются указания на работы В.М. Бехтерева, Л.М. Пуссера, В.Я. Анфимова, А.А. Сухова.

К 1917 году (с 1861 по 1917) в России было опубликовано 2459 работ отечественных и зарубежных ученых (они были представлены приблизительно в равных соотношениях), посвященных различным аспектам эпилепсии.

События, произошедшие в России в 1917 году, надолго приостановили работу «Русской Лиги по борьбе с эпилепсией». Однако медико-социальный и экономический аспекты проблемы эпилепсии, особенно после Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., заставили вновь обратиться к этому вопросу. Эпилепсия была выделена в самостоятельную клиническую проблему. Были созданы соответствующая проблемная комиссия и головное учреждение — Институт клинической и экспериментальной неврологии в Тбилиси во главе с академиком П.М. Сараджишвили.

Известно, что 9 сентября 1965 года на Конгрессе ИЛАЕ в Вене Президент ИЛАЕ Фрэнсис Л. Макнагтон приветствовал персонально академика П.М. Сараджишвили и специального представителя Всемирной организации здравоохранения профессора Б.А. Лебедева (директор института им. В.М. Бехтерева с 1961 по 1964 г.), предлагая расширение сотрудничества ученых. Это сотрудничество состоялось, но в силу

различных обстоятельств работа Российской противоэпилептической Лиги, входящей в Международную Лигу борьбы с эпилепсией, возобновилась лишь в 1993 году. Возглавил ее работу профессор Г.С. Бурд. С 1998 года по настоящее время президентом Российской противоэпилептической Лиги является профессор Г.Н. Авакян; профессор А.Б. Гехт — Генеральный Секретарь Российской Лиги, член Европейской Комиссии ILAE.

В настоящее время Российская противоэпилептическая Лига вносит весомый вклад в деятельность ILAE. Российские ученые принимают активное участие в работе международных и европейских эпилептологических конгрессов, их работы публикуются в журнале «Epilepsia», «Seizure» и других авторитетных международных изданиях. В рамках Конгресса «Человек и лекарство» под эгидой ILAE и Российской противоэпилептической Лиги в Москве ежегодно проходят широкомасштабные международные конференции по проблеме эпилепсии с участием ведущих эпилептологов Российской Федерации и мира. Признанием вклада российских ученых в разработку проблемы эпилепсии явилось проведение сателлитного симпозиума 7-го Европейского конгресса по эпилептологии «Диагностика, лечение, социальные аспекты эпилепсии» (Санкт-Петербург, 2006 г.). Симпозиум, организованный Европейской комиссией ILAE (президент ILAE профессор П. Вольф) и Правлением Всероссийского общества неврологов (председатель — академик

РАМН Е.И. Гусев), явился первым в истории Российской неврологии официальным мероприятием Европейского конгресса.

В предлагаемом вниманию уважаемых читателей сборнике опубликованы тезисы научных работ отечественных ученых, отражающие современные направления развития важнейших разделов эпилептологии. Оргкомитет Конгресса выражает надежду на то, что представленные работы будут способствовать внедрению в клиническую практику достижений современной медицины.

*Правление Всероссийского общества неврологов  
Правление Российского общества психиатров  
Правление Российской противоэпилептической Лиги*

*Российская противоэпилептическая лига  
Конгресс, посвященный 100-летию основания Лиги*

## **Приветствие**

В 2009 году Международная противоэпилептическая лига (МПЭЛ) отметила свой 100-летний юбилей на конгрессе, посвященном этому событию, в Будапеште, городе, где она была основана 4 сентября 1909 года.

МПЭЛ была основана не как ассоциация национальных организаций, а как, главным образом, международное общество с индивидуальным членством. Однако с самого начала это явилось поощрением для создания «национальных комитетов», и эти комитеты стали ядром тех национальных филиалов, которые сегодня вместе составляют членство МПЭЛ. Первые национальные комитеты были основаны уже в 1910 году, и в разных странах это было сделано по-разному.

Одним из первых основанных национальных комитетов была «Русская лига для борьбы с эпилепсией», которая была создана в 1910 году на III Съезде российских психиатров и врачей в Санкт-Петербурге. В то же самое время было решено создать в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте эпилептологическую клинику, которой предстояло стать первой в череде подобных учреждений. Движущей силой всех этих инициатив был профессор В.М. Бехтерев, являвшийся также одним из членов-основателей МПЭЛ.



Развитие этих многообещающих начинаний было осложнено международными конфликтами в начале XX века, приведшими к двум мировым войнам и дважды нарушившими целостность нашей организации. Эффективная реорганизация МПЭЛ началась примерно в 1953 году, и с того времени начался постоянный рост числа членов Лиги, которая сегодня объединяет более 100 национальных филиалов по всему миру.

В Восточной Европе реорганизация заняла больше времени, и вновь по причине политической ситуации. Однако международный обмен, начавшийся в 1989 году, быстро привел к возрождению Российской противоэпилептической лиги, которая в 1993 году вновь стала членом МПЭЛ. С этого времени мы были свидетелями быстрого развития, при котором эпилептические подразделения создаются во все увеличивающемся числе городов и при котором российские эпилептологи начали представлять свою работу на международных форумах и присоединились к транснациональному исследовательскому консорциуму. Я с удовольствием вижу, что сочетание духа дружеской конкуренции с научным сотрудничеством, являясь наилучшим фундаментом прогресса, получает все возрастающую поддержку и распространение. Для наблюдателя, с сочувствием следящего за этими переменами на протяжении последних двух десятилетий, большим удовольствием является быть свидетелем происходящего развития и видеть,

как все больше талантливых молодых людей в России посвящают себя эпилептологии.

В данный момент мне хотелось бы, чтобы в течение следующих ста лет своей истории Российская лига оставалась свободной от политических проблем и могла мирно развиваться в обстановке, благоприятной для исследовательской деятельности и совершенствования здравоохранения. Особенно мне хотелось бы адресовать добрые пожелания молодому поколению российских эпилептологов. Это наша обязанность – привлечь и объединить их и помочь им достичь наилучших успехов в науке и лечении больных.

С наилучшими пожеланиями

Профессор, доктор Петер Вольф  
Датский эпилептологический центр «Филадельфия»  
Бывший президент МПЭЛ

*Russian League against Epilepsy  
Centenary Congress*

## **Salutatory Address**

The International League against Epilepsy (ILAE) celebrated its 100th Anniversary in 2009, at the Centenary International Epilepsy Congress in Budapest, the place where the ILAE was founded on September 4, 1909.

The ILAE was founded not as an association of national organisations but as a primarily international society with individual members. However, the foundation of national “committees” was encouraged from the onset, and these committees became the nucleus of the national chapters who today together form the membership of the ILAE. The first national committees were already founded in 1910, and in different countries this was done in different ways.

One of the first national committees that were established was the “Russian League for the Fight against Epilepsy”, which happened in 1910 during the III Congress of Russian Psychiatrists and Physicians in St. Petersburg. At the same time it was decided to establish, as the first of what should become a series, an epileptological clinic in the St. Petersburg Psycho-Neurological Institute. The driving force behind these initiatives was Prof. Bekhterev who also had been one of the founding members of the ILAE.

The development after these promising beginnings was complicated by the international conflicts of the early 20<sup>th</sup> Cen-

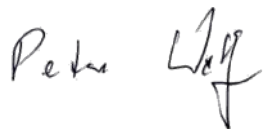
tury that led to two world wars and twice interrupted the continuity of our organisation. The effective reorganisation of the ILAE dates from about 1953, from when the organisation has enjoyed a continuous growth and has now more than 100 national chapters all over the world.

In Eastern Europe the reorganisation took longer, again due to the political situation. However, international exchange following 1989 rapidly resulted in revitalization of the Russian Epilepsy League which in 1993 became again a member of the ILAE. Since then, we have seen a rapid development where epilepsy departments and groups appear in an increasing number of cities, and where Russian epileptologists have started to present their work at international meetings and to join transnational research consortia. I see with pleasure that the spirit of friendly competition combined with scientific cooperation which provides the best fundament for progress is increasingly recognized and adapted. For an observer who with sympathy has been following these developments over the last two decades, it has been a pleasure so witness this and to increasingly see young talent in Russia join the field of epileptology.

At this moment in time it is my wish for the Russian League that in the next 100 years of its history it will remain free from political trouble and be allowed to grow in peace, in an environment favourable to research and improvements in the health sector. My special good wishes go to the young generation of Russian epileptologists. It is our duty to attract and integrate them,

and help them to make the best possible progress in science and patient care.

With my very best wishes

A handwritten signature in black ink, reading "Peter Wolf". The signature is written in a cursive style with a large, stylized 'W'.

Prof. Dr. Peter Wolf  
Danish Epilepsy Centre Filadelfia  
Past President, ILAE

## **Сравнительная характеристика больных симптоматической эпилепсией в различных возрастных группах**

Е.В. Борисова, И.В. Ларина, И.В. Пашкова, М.Я. Киссин

*НИИЭМ СЗО РАМН (клиника),  
Городской эпилептологический центр, Санкт-Петербург, Россия*

*Цель исследования.* Проведение клинико-анатомо-нейрофизиологического сопоставления у больных симптоматической эпилепсией в различных возрастных группах (до и после 45 лет).

*Материалы и методы.* Обследовано 239 пациентов эпилепсией (129 мужчин и 110 женщин). Возраст больных варьировал от 15 до 80 лет, продолжительность заболевания — от 1 года до 60 лет. Все обследованные были разделены на две группы: у 173 (73,4%) пациентов диагностировали парциальную, а у 66 (27,6%) — генерализованную эпилепсию. Среди обследованных преобладали лица в возрасте от 20 до 39 лет (119 — 49,8%). Средний возраст начала заболевания у них составил 24,1 года. Чаще всего первые приступы появлялись в возрастном периоде от 11 до 29 лет (100 случаев — 41,8%). В то же время процент новых наблюдений появления припадков у лиц старшего возраста после 50 лет (20 — 8,5%), практически не уступал количеству заболевших в возрасте до 8–10 лет (21 — 8,8%). Средняя продолжительность заболевания на начало обследования — 14,5 года. При этом у 92 (38,5%) больных дли-

тельность болезни варьировала от 6 до 15 лет, а у 68 (28,5%) — от 16 до 29 лет. В лечении применяли препараты из всех классов антиконвульсантов, включающих карбамазепин, вальпроевую кислоту и ее соли, фенитоин, фенобарбитал, антелепсин, ламотриджин, топирамат в средних терапевтических дозах. На монотерапии находилось 136 (56,9%) из 239 обследованных, в лечение 103 (43,1%) пациентов использовали два и более препарата. Чаще всего применяли монотерапию как для парциальных (89 больных — 51,4%), так и генерализованных форм эпилепсии (47 человек — 71,2%). У больных с парциальной формой эпилепсии политерапию в процентном соотношении использовали практически также часто, как и монотерапию (84 случая — 48,6%, 19 — 51,4% соответственно). Всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее неврологическое, психопатологическое, электроэнцефалографическое, нейрорадиологическое и биохимическое исследования.

*Результаты.* Ведущим этиологическим фактором в обеих группах, чаще у мужчин была черепно-мозговая травма, на втором месте у лиц, старше 45 лет находились сосудистые заболевания головного мозга. Среди приступов доминировали все виды парциальных, а генерализованные припадки наблюдались не чаще четырех раз в месяц и преобладали также у мужчин. В неврологическом статусе у большинства пациентов самыми частыми были нарушения со стороны пирамидной системы. При нейровизуализации обнаруживали атрофические изменения, преимущественно со

стороны коры полушарий большого мозга локального и/или диффузного характера, а также проявления внутренней гидроцефалии. В стандартной ЭЭГ в обеих группах у большинства пациентов выявляли признаки дезорганизации и дизритмии основной активности мозга. Региональные эпиплептиформные нарушения чаще определяли в лобно-височных и лобных областях мозга.

*Выводы.* Сравнительный анализ больных эпилепсией в различных возрастных группах показал, что по преобладающему этиологическому фактору, качественному характеру и частоте приступов, клинико-анатомо-нейрофизиологическим данным обе категории обследованных не имеют принципиальных различий между собой. В тоже время у большинства пациентов определялся целый ряд факторов, способствующих формированию фармакорезистентности: преобладание травматической этиологии заболевания, сочетание нескольких типов приступов с высокой частотой, наличие выраженных изменений на ЭЭГ.

## **Особенности эпилепсии у женщин в климактерии**

П.Н. Власов, М.В. Антонюк, Н.Д. Гаспарян

*Кафедра нервных болезней МГМСУ, Москва, Россия  
МОНИИАГ, Москва, Россия*

*Цель.* Изучить особенности эпилепсии у женщин в перио-



де климактерия в зависимости от длительности заболевания.

*Материалы и методы.* Обследовано 39 больных парциальной эпилепсией женщин в возрасте 41–60 лет. На период обращения к эпилептологу у 15 (38,4%) женщин эпилепсия дебютировала в период климактерия и у 24 (61,6%) женщин отмечалось длительное течение заболевания.

*Полученные результаты.* У пациенток с дебютом эпилепсии в климактерии преобладали редкие приступы (46,7%), а в группе с длительным эпилептическим анамнезом чаще регистрировались приступы средней частоты (41,6%). Было выявлено, что у пациенток с дебютом эпилепсии в климактерии достоверно ( $p < 0,05$ ) преобладала правосторонняя височная локализация (60%) эпилептического очага. У больных эпилепсией женщин, принимающих противосудорожные препараты (ПЭП), климактерический синдром протекал более благоприятно по сравнению с популяционными показателями. Выявлено, что у пациенток с дебютом эпилепсии в климактерии нормальные показатели плотности костной ткани регистрировались достоверно чаще (25%), чем у пациенток с длительным течением эпилепсии (9,5%).

*Результаты* проведенного исследования указывают на потенциальную опасность климактерического периода в плане дебюта эпилепсии.

*Обсуждение.* Полученные результаты выявляют более благоприятное течение эпилепсии у пациенток с дебютом в

климактерии, хороший ответ при назначении монотерапии ПЭП, подтверждают отрицательное влияние терапии ПЭП на костную плотность.

## **Особенности системы гемостаза у новорожденных, матери которых страдают эпилепсией**

П.Н. Власов, Г.Р. Дрожжина, В.А. Петрухин,  
В.Л. Гришин, А.П. Мельников

*Кафедра нервных болезней лечебного факультета МГМСУ,  
МОНИИАГ, Москва, Россия*

*Цель исследования.* Изучение частоты тромбогеморрагических осложнений и особенностей показателей системы гемостаза у новорожденных, матери которых длительно получают противоэпилептические препараты (ПЭП).

*Материал.* Вели наблюдение за 187 новорожденными, матери которых принимали ПЭП. Абсолютно преобладали препараты вальпроевой кислоты и карбамазепин.

Показатели системы гемостаза исследованы у 16 доношенных новорожденных. Контрольная группа — 8 доношенных новорожденных от матерей без эпилепсии и не принимавших ПЭП.

*Методы исследования.* Клинический, гемостазиологический. Гемостаз исследовали с помощью реагентов фирмы Dade Behring на аппарате фирмы Amelung КС 10 А. Использо-

валась пуповинная кровь в количестве 9 мл. Анализировали активность факторов протромбинового комплекса, АЧТВ, антитромбиновой системы — АТ III, содержание эндогенного гепарина, антиактивность X а. Функциональную активность тромбоцитов оценивали на агрегометре фирмы Crono-Log.

*Результаты.* Данные клинического наблюдения показали, что во всех 187 случаях тромбогеморрагические осложнения отсутствовали.

При анализе показателей системы гемостаза в исследуемой группе и в группе контроля выявлено пропорциональное снижение как прокоагулянтов, так и физиологических антикоагулянтов, а также повышение фактора Виллебранда.

Показатели системы гемостаза в исследуемой группе новорожденных и группе контроля достоверно не отличались и находились в границах, полученных другими исследователями для здоровых доношенных новорожденных.

## **Сравнительный анализ характеристик феномена «дежа вю» у здоровых людей и у пациентов с глиальными опухолями головного мозга**

П.Н. Власов, А.В. Червяков, С.В. Ураков, А.А. Солоха

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия*

*НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия*

*Цель.* Изучение феномена «дежа вю» (ДВ) в клинике опухолей головного мозга (ОГМ).

*Материалы и методы.* Общая группа исследования включила 161 человека (средний возраст  $29,2 \pm 6,4$  года; 47% мужчин). Феномен ДВ сравнивался в двух отдельных группах: первая — здоровые испытуемые ( $n = 129$ ), вторая — пациенты с ОГМ ( $n = 32$ ). Всем здоровым обследуемым и 12 пациентам с ОГМ был предложен специальный опросник для выявления характеристик ДВ, по которому выявлялись частота, длительность феномена, эмоции, его сопровождающие. У всех пациентов второй группы дополнительно оценивались взаимосвязи встречаемости ДВ и его характеристик с клинической картиной, локализацией опухоли, ее гистологическим строением.

*Результаты.* ДВ в клинике ОГМ проявляется у 21,6% пациентов с эпилептическими припадками и, в отличие от здоровых испытуемых, характеризуется: наибольшей встречаемостью при астроцитомах ( $48,4 \pm 5,6\%$ ); сочетается с генерализованными припадками ( $27,6 \pm 2,8\%$ ) и обонятельными галлюцинациями ( $22,2 \pm 1,6\%$ ); возникает при поражении правой ( $79,3 \pm 12,1\%$ ) височной доли; частота ДВ при ОГМ — до нескольких раз в день; длительность — несколько минут; симптом сопровождается отрицательной эмоциональной окраской и наличием страха.

*Заключение.* ДВ в клинике растущих глиальных опухолей мозга может являться первым и единственным симптомом новообразования. Выявлены характерные отличия данного феномена при глиомах головного мозга от такового

у здоровых людей.

**Возрастная динамика патологических состояний, сопутствующих синдрому дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей при эпилепсии**

Р.Ф. Гасанов, И.В. Макаров

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

Проведен анализ частоты встречаемости сопутствующих психических и неврологических заболеваний среди детей трех изучаемых групп: основной, сочетающей СДВГ и эпилепсию, — 70 человек и двух контрольных (с СДВГ, 65 человек, и с эпилепсией, 58 человек) в возрасте 6–14 лет. И на основании полученных результатов методом дисперсионного анализа с проверкой достоверности полученных данных по критерию Фишера были получены данные, позволившие отнести описанные сопутствующие расстройства к изучаемым формам эпилепсии и вариантам течения СДВГ у детей основной группы относительно возраста.

Оказалось, что для локально-обусловленной формы эпилепсии с преобладанием нарушения внимания в структуре СДВГ характерно наличие эмоциональной лабильности для детей 11 и 14 лет и повышенной тревожности для детей

14 лет. Для локально-обусловленной формы эпилепсии с преобладанием гиперактивности/импульсивности в структуре СДВГ характерно наличие повышенной тревожности и эмоциональной лабильности для детей 14 лет. Для локально-обусловленной формы эпилепсии со смешанным вариантом течения СДВГ характерно наличие нарушений речи для детей 9 и 11 лет, нарушения сна для детей 11 лет, эмоциональной лабильности для детей 11 и 14 лет, повышенного уровня тревоги для детей 14 лет и церебрастенические симптомы для детей 12 лет. Для детей с генерализованной формой эпилепсии с преобладанием нарушения внимания в структуре СДВГ характерно наличие повышенного уровня тревоги и церебрастенических симптомов в возрасте от 6 до 8 лет. Для детей с генерализованной формой эпилепсии с преобладанием гиперактивности/импульсивности в структуре СДВГ характерно наличие эмоциональной лабильности в возрасте 6–7 лет. Для детей с генерализованной формой эпилепсии со смешанным вариантом течения СДВГ характерно наличие нарушений речи в возрасте 11 лет, эмоциональной лабильности в возрасте 11 и 14 лет и церебрастенических симптомов в возрасте 12 и 14 лет.

Возрастная динамика патологических состояний у детей с генерализованной формой эпилепсии отличается от таковой у детей с локально-обусловленной. И если в дошкольном и младшем школьном возрасте у детей с генерализованной формой эпилепсии сопутствующие патологические состояния сочетаются с вариантами течения СДВГ с преоблада-

нием нарушения внимания и с преобладанием гиперактивности/импульсивности, то в подростковом возрасте в основном превалирует смешанный вариант течения СДВГ. У детей с локально-обусловленной формой эпилепсии сопутствующие патологические состояния в возрасте от 9,3 до 14 лет сочетаются практически со всеми вариантами течения СДВГ. Повышенный уровень тревоги у детей с генерализованной формой эпилепсии является одним из наиболее ранних патологических состояний в возрастном диапазоне от 6 до 14 лет. При локально-обусловленной форме эпилепсии данный фактор наблюдается в более позднем возрасте. Эмоциональная лабильность и церебрастенические симптомы сопровождают детей с идиопатической генерализованной формой эпилепсии на всем протяжении от дошкольного до подросткового возраста. Однако у детей с локально-обусловленной формой эпилепсии данные факторы наблюдаются больше в подростковом возрасте. Нарушение сна отмечается у детей с локально-обусловленной формой эпилепсии в возрасте 11 лет со смешанным вариантом течения СДВГ. Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что у детей основной группы по сравнению с группой детей с СДВГ достоверно чаще встречается нарушение сна, и реже — эмоциональная лабильность, тики и повышенный уровень тревоги. По сравнению с группой детей с эпилепсией, в основной группе чаще наблюдаются нарушение сна, энурез и эмоциональная лабильность, реже — дисграфия. Возрастная динамика психи-

ческих нарушений у детей с генерализованной формой эпилепсии отличается от таковой у детей с локально-обусловленной. Если повышенный уровень тревоги у детей с генерализованной формой эпилепсии наблюдается в дошкольном и младшем возрасте, то при локально-обусловленной форме данный фактор, напротив, встречается в возрасте 12–13 лет. Кроме того, если эмоциональная лабильность и церебралитические симптомы сопровождают детей с генерализованной формой эпилепсии на всем протяжении от дошкольного до подросткового возраста, то у детей с локально-обусловленной формой эпилепсии данные факторы наблюдаются больше в подростковом возрасте.

Таким образом, возрастная динамика патологических состояний, сопутствующих СДВГ у детей с эпилепсией, во многом определяется как формой эпилепсии, так и преобладающим подтипом СДВГ.

### **Механизмы развития мультифокальной эпилептической активности при лезиональной и нелезиональной эпилепсии у взрослых**

В.О. Генералов, Т.Р. Садыков, Ю.В. Казакова  
*ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия*

*Цель.* Определить распространенность, локализацию и механизмы формирования мультифокальной эпилептической активности при лезиональной (с наличием структур-



ного повреждения головного мозга по данным МРТ) и нелезиональной эпилепсии у взрослых.

*Материалы и методы.* За период с 2004 по 2009 год был обследован 331 пациент с симптоматической эпилепсией. Обследование включало в себя клинический осмотр, ночной видеозенцефалографический мониторинг (ВЗЭГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ). По его результатам пациенты были разделены на группу с лезиональной (159 пациентов) и нелезиональной (172 пациента) эпилепсией. Группа лезиональной эпилепсии включала в себя пациентов с эпилепсией посттравматической (72), постинсультной (43), и опухолевой (44) природы. Группа нелезиональной эпилепсии включала в себя пациентов с алкогольной эпилепсией (100) и эпилепсией вследствие хронической ишемии мозга (72).

*Результаты.* У 47 пациентов (14,2%) на ЭЭГ было выявлено более 1 источника эпилептической активности.

В группе лезиональной эпилепсии более 1 источника эпилептической активности было выявлено у 17 пациентов, среди них 4 пациента из 43 (9,3%) с постинсультной эпилепсией, у 11 из 72 (15,3%) с посттравматической, и у 2 из 44 (4,6%) с опухолевой эпилепсией. Сопоставление данных многошаговой дипольной локализации (МДЛ) источника эпилептической активности на ЭЭГ и результатов МРТ позволило констатировать, что мультифокальная эпилептическая активность на ЭЭГ в этой группе соответствует мульти-

фокальному структурному повреждению головного мозга, то есть у пациентов обнаруживались множественные очагишибов головного мозга, несколько новообразований головного мозга или инсультов.

При нелезиональной эпилепсии вследствие диффузного токсического повреждения при алкогольной эпилепсии или хронической ишемии мозга мультифокальность выявлена у 30 пациентов (у 16 из 100 — 16% и у 14 из 72 — 19,4% соответственно). Для этой группы было характерно двустороннее повреждение гиппокампов (100%), что указывает на повышенную чувствительность этих областей мозга к неспецифическому стрессу. Кроме того, сопоставление МДЛ источника эпилептической активности и выявляемых структурных изменений (лейкареоз, микрокисты и т. д.) по данным МРТ показало их клиническую индифферентность в отношении эпилептогенеза, что подтвердило правомочность отнесения данной формы эпилепсии к нелезиональной.

*Заключение.* Мультифокальная эпилептическая активность у взрослых имеет различные механизмы формирования, которые зависят от структурной основы эпилепсии.

## **К вопросу о экстрацеребральных триггерных механизмах эпилептогенеза**

А.Л. Горелик, А.Г. Нарышкин, С.Д. Табулина,  
Т.А. Скоромец, В.А. Михайлов

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

С целью изучения возможного участия вегетативной нервной системы (ВНС) в формировании пароксизмальной готовности отобрана группа больных с идиопатическими формами эпилепсии, у которых при осмотре по Маркелову выявлена высокая степень вегетативной ирритации. Характерной особенностью для них явилась та или иная степень лекарственной резистентности, а также отсутствие стойких и четко локализованных эпилептиформных изменений на ЭЭГ при выраженных признаках стволовой дисфункции. Части больных, на фоне медикаментозного лечения, проводилась солярная микрополяризация (СМП) по методике, ранее предложенной нами для лечения диэнцефального синдрома. У большинства больных отмечен существенный клинический эффект в виде урежения припадков, сокращения их длительности, облегчения их характера. При этом больные отмечали улучшение общего самочувствия, гармонизацию психоэмоционального состояния, нормализацию сна. Эффект отличался стойкостью и сохранялся от 2 до 6 месяцев. После повторных курсов СМП эффект нарастал, периоды улучшения удлинялись. В ряде случаев отмечен регресс пароксизмальной симптоматики до кратковременных ауриподобных эпизодов, не влияющих на качество жизни, а в двух случаях удалось достичь полной клинической ремиссии, что позволило снизить лекарственную нагрузку. Сроки катам-

неза до трех лет. Эффект сопровождался регрессом вегетативной ирритации и благоприятной ЭЭГ-динамикой. Состояние больных контрольной группы оставалось прежним, с кратковременными и слабо выраженными улучшениями после смены препаратов. Полученный результат заставляет вернуться к рассмотрению вопроса о существовании экстрацеребральных триггерных механизмов эпилептогенеза, с учетом современных представлений о ВНС и ее взаимодействии с ЦНС.

## **Особенности течения заболевания у пациентов с посттравматической эпилепсией**

Н.А. Горохов, А.С. Котов, Н.В. Толстова

*Кафедра неврологии ФУВ МОНИКИ, Москва, Россия*

*Цель.* Изучить клинические проявления и прогноз у пациентов с посттравматической эпилепсией (ПЭ).

*Материалы и методы.* Обследован 161 пациент — 118 мужчин и 43 женщины 17–68 лет. Обследование включало осмотр, ЭЭГ, МРТ, анализы. Катамнез сроком 1–5 лет отслежен у 95 больных. Пациентам назначена/скорректирована терапия антиэпилептическими препаратами (АЭП). Эффективность лечения оценивалась на основании дневников приступов.

*Результаты.* У 9,2% обследованных имелась перинатальная травма, на первом десятилетии жизни травму полу-

чили 18,4%, на втором — 26,5%, на третьем — 26,5%, после 30 лет — 19,4%. Идиопатическая эпилепсия отмечена у 7 (4,3%) пациентов, симптоматическая эпилепсия (СЭ) нетравматической этиологии — у 5 (3,1%). У 123 пациентов (76,4%) единственным фактором риска развития эпилепсии была черепно-мозговая травма (ЧМТ). У 6 (3,7%) пациентов ЧМТ была следствием приступов. Височная эпилепсия имела у 35 (28,5%), лобная — у 16 (13%), теменная — у 4 (3,3%), затылочная — у 1 (0,8%), нелокализованная СЭ — у 67 (54,5%) из 123 пациентов. Ремиссия достигнута у 31,7%, снижение частоты приступов на 50% и более — у 36,6%, отсутствие эффекта от АЭП у 31,7% пациентов. Факторами, ассоциирующимися с отсутствием эффекта от терапии, были высокая частота приступов ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ) и большая продолжительность заболевания ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ).

*Обсуждение.* Течение заболевания у больных с ПЭ принципиально не отличается от СЭ другой этиологии. Предикторами неэффективности терапии АЭП служат высокая частота приступов и большая продолжительность активной эпилепсии.

## **Клинические особенности эпилепсии у пожилых пациентов**

Н.А. Горохов, Н.В. Толстова, А.С. Котов

*Кафедра неврологии ФУВ МОНИКИ, Москва, Россия*

*Цель.* Изучение структуры, клинических особенностей и эффективности лечения эпилепсии у пожилых пациентов.

*Материалы и методы.* Обследовано 72 пациента — 37 мужчин и 35 женщин 60–84 лет, с направительным диагнозом «эпилепсия». Возраст дебюта — 6–74 лет. Обследование включало осмотр, ЭЭГ, МРТ головного мозга, анализы. Кадамнез сроком 1–5 лет отслежен у 34 больных. Назначена/скорректирована терапия АЭП. Эффективность лечения оценивалась на основании дневников приступов больных.

*Результаты.* Неэпилептиформные нарушения на ЭЭГ имелись у 23,2%, региональная эпилептиформная активность — у 25%, нелатерализованная — у 5,6%. По МРТ неэпилептогенные дефекты отмечены у 27,5%, умеренно-эпилептогенные — у 47,1%, высокоэпилептогенные — у 1,9%. Диагноз эпилепсии подтвержден у 58 пациентов: у 55,2% — криптогенная (КЭ), у 43,1 — симптоматическая (СЭ), у 1,7% — юношеская миоклоническая эпилепсия. Причины СЭ — цереброваскулярные заболевания (58,3%), посттравматическая эпилепсия (12,5%). У пациентов с СЭ и КЭ вторично-генерализованные приступы (ВГСП) наблюдались в 40,4% случаев, парциальные (ПП) — в 17,5%, сочетание ПП и ВГСП — в 42,1%. Ремиссия на адекватной терапии достигнута у 35,3% больных, снижение частоты приступов на 50% и более — у 47,1%, у 17,6% — отсутствие эффекта. Побочные эффекты констатировались у 7 пациентов, у 4 — потребовали отмены АЭП.

*Обсуждение.* У пожилых больных эпилепсией преобла-

дают СЭ и КЭ, проявляющиеся ПП и/или ВГСП. Информативность инструментальных методов диагностики и эффективность АЭП в данной популяции существенно не отличаются от других категорий взрослых пациентов.

### **Фармакоэкономические аспекты лечения эпилепсии традиционными и новыми антиконвульсантами**

С.А. Громов, С.А. Коровина

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

*Цель.* 1) Оценка клинической, фармакоэкономической эффективности традиционных и новейших (Топамакс и Ламиктал) антиэпилептических препаратов у больных эпилепсией; 2) исследование качества жизни (КЖ) пациентов в процессе медикаментозной терапии в зависимости от ее эффективности.

*Материал и методы.* Объектом исследования явились 124 человека, из них 69 пациентов получали традиционные АЭП (бензонал, гексамидин, финлепсин, клоназепам, фенобарбитал) и 55 пациентов с припадками, резистентными к традиционному АЭП, получали Топамакс (25 наблюдений) и Ламиктал (30 наблюдений). Клиническая эффективность медикаментозной антиэпилептической терапии определялась процентом сокращения частоты припадков в течение 30 дней наблюдения. Для оценки КЖ больных эпилепсией использовался ядерный модуль опросника ВОЗ КЖ-100, включающий

изучение 6 крупных сфер жизни. Проводился фармакоэкономический анализ стоимость-эффективность (СЕА).

*Результаты.* Сокращение частоты припадков на 75% и более в группе больных эпилепсией, получавших традиционную противосудорожную терапию, составило 80%, в группе пациентов, получавших Топамакс — 69,6% и Ламиктал — 78,3%. Средняя суммарная оценка КЖ до начала оптимизации терапии была ниже в группе больных, резистентных к традиционным АЭП, и в процессе лечения возросла при терапии Топамаксом и Ламикталом на 3,7 и 5,4 балла соответственно и достигла уровня больных, получавших традиционные противосудорожные препараты. Показатель СЕА составил на традиционных АЭП 0,12 и на ТПМ — 1,03, на Л — 0,97.

*Обсуждение.* Антиэпилептические препараты новейшего поколения обеспечивают дополнительную высокую клиническую и фармакоэкономическую эффективность, повышают уровень качества жизни больных эпилепсией, ранее резистентных к традиционным АЭП. Использование препаратов нового поколения при политерапии в сочетании с традиционными АЭП позволяет уменьшить стоимость лечения и сохранить терапевтический эффект, достигнутый при монотерапии.

## **Клинико-психологическая диагностика начальных изменений личности у больных в инициальном периоде заболеваний**

С.А. Громов, В.Е. Машукова



*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

Изменения личности у больных в инициальном периоде заболевания не всегда диагностируются клиницистом. Психические нарушения у больных на этой стадии заболевания бывают незначительны и часто могут быть выявлены только психологом с помощью экспериментально-психологических методик.

*Целью исследования* явилась разработка клинико-психологического метода диагностики скрытых и начальных изменений личности у больных эпилепсией в инициальном периоде.

Использованы четыре методики (цифровая корректурная проба, методика запоминания «10 слов», методика исследования интеллекта Д. Векслера), опросники (ММРІ, ТОБ), которые выявляют разные проявления личностных изменений у больных эпилепсией.

*Материалом исследования* явились 100 больных эпилепсией со сроком заболевания до 3 лет (опытная группа, из них 55 женщин и 45 мужчин, возраст от 15 до 45 лет) и 20 больных, страдающих эпилепсией более 10 лет (контрольная группа), по клиническим, возрастным и половым показателям они были практически идентичны опытной. Длительность заболевания в контрольной группе свыше 10 лет взята специально, чтобы продемонстрировать более наглядную степень выраженности психиче-

ского дефекта.

Полученные в опытной группе данные статистически достоверно отличаются от одноименных показателей у контрольной группы. При длительности заболевания свыше 3 лет, увеличивается время выполнения задания, происходит усиление торпидности психической деятельности.

Анализ представленных данных выявил неоднородность структуры личности больных эпилепсией на начальных этапах заболевания, где можно обнаружить тенденцию к формированию гиперстенического и неврозоподобного варианта изменений, колебания настроения, импульсивность поведения, повышенную тревожность, эмоциональную и психомоторную возбудимость.

При этом отмечается усиление этих проявлений у больных с длительностью заболевания свыше 3 лет.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что уже в инициальном периоде болезни эпилептогенез, сопровождается постепенной дезорганизацией эмоционально-волевой и интеллектуально-мнестической сфер больных.

При увеличении сроков заболевания у больных эпилепсией выявляются тенденции к усилению симптомов ипохондричности, снижение фона настроения, социальная интраверсия, склонность к формированию чувства собственной неполноценности.

*Вывод.* Клинико-психологический метод диагностики

изменения личности у больных эпилепсией необходимо включать в систему диагностических мероприятий с самого начала заболевания.

## **Особенности тактики психологической диагностики и коррекции на разных стадиях лечебного процесса при эпилепсии**

С.А. Громов, О.Н. Якунина

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

*Цель.* Изучение тактики психологической диагностики и коррекции личностных проявлений у больных эпилепсией. Психологическое исследование при эпилепсии наряду с общими правилами его проведения имеет свои специфические особенности, обусловленные характером болезненного процесса.

*Материалы и методы.* Обследовано более 500 взрослых больных эпилепсией с различными клиническими проявлениями заболевания на разных стадиях эпилептогенеза. Используются психологические методики для исследования когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы и методы психологической коррекции.

*Результаты и обсуждение.* Психологическое исследование направлено на изучение непсихотических психических нарушений больных эпилепсией, трактуемых как изменения личности. Неоднородность этих расстройств, их обусловлен-

ность структурно-морфологическими изменениями головного мозга, собственно эпилептическим процессом, социально-психологическими факторами, в том числе стигматизацией и самостигматизацией больных, предполагает комплексность психологического исследования, его многомерность. Необходимо изучение не только отдельных функции, но и целостной индивидуальной картины нарушений. Тактика психологической диагностики и коррекции должна соотноситься с состоянием здоровья пациента, стадией болезненного и лечебного процесса, его жизненной ситуацией. Она различна при прогрессивном и благоприятном течении заболевания, имеет гуманистическую направленность. Под влиянием медикаментозной терапии может происходить редукция клинических проявлений заболевания. Поэтому необходимо динамическое психологическое исследование, как в условиях стационара, так и на различных этапах реабилитации. Результаты пролонгированного исследования в процессе становления ремиссии припадков наглядно показывают нормализацию структуры личности пациентов. Этот факт лишней раз подтверждает необходимость динамического психологического обследования больных эпилепсии и возможность медикаментозной и психологической коррекции ее проявлений.

## **Ятрогения в практике специалиста-эпилептолога**

А.Е. Дубенко

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,  
г. Харьков*

Эпилепсия долгое время считалась, и часто считается в настоящее время не только неизлечимым заболеванием, но и заболеванием бесперспективным для курации. При адекватной терапии, по данным различных авторов, от 60% до 75% пациентов отвечают на адекватное лечение полным контролем припадков. Для сравнения: эффективно контролировать артериальную гипертензию удается у 40% больных, и заболевание не считается некурабельным.

Согласно нашему анализу, имеет место целый ряд причин, которые, суммируясь, существенно уменьшают процент терапевтической эффективности. На этапе установления характера пароксизма возможна ложноположительная диагностика эпилептических припадков, что приводит к неэффективности терапии. Следующей причиной может быть неправильное установление этиологии эпилепсии, когда акцент терапевтической тактики направляется на то или иное органическое заболевание мозга без адекватной противосудорожной терапии, либо же, наоборот, причина, приведшая к развитию эпилепсии, игнорируется и не подвергается адекватному терапевтическому (или хирургическому) воздействию.

Нередко неадекватный выбор АЭП определяется неверным определением типа эпилептического припадка. Необходимо отметить, что даже правильное определение типа припадка не всегда приводит к адекватному выбору АЭП, кроме этого клиницистами часто упускается возможность выбора препаратов, действующих на все типы припадков.

Нередко терапия эпилепсии оказывается неэффективной из-за позднего начала терапии, когда частота припадков у больных возрастает, и они начинают сопровождаться выраженными когнитивными и аффективными нарушениями. При своевременном назначении лечения адекватным для типа припадка и формы эпилепсии АЭП, терапия оказывается неэффективной из-за неадекватной дозы или режима дозирования АЭП. Нередко эффективность терапии невозможна из-за нерегулярности приема АЭП, и эта нерегулярность часто имеет ятрогенный характер (например, назначение АЭП короткими курсами).

Значительную лепту в ятрогению в эпилептологии вносят побочные действия АЭП, но с учетом расширения арсенала АЭП адекватный их подбор способствует увеличению безопасности терапии. Нередко ятрогенной причиной ухудшения состояния больных эпилепсией является несвоевременная отмена АЭП, которая приводит к срыву компенсации, развитию эпилептического статуса, формированию фармакорезистентности.

Несколько более редкими ятрогенными причинами

ухудшения качества терапии больных эпилепсией является назначение препаратов, активирующих эпилептогенез, не учет взаимодействия АЭП между собой и с другими препаратами, не достаточный учет возрастных и гендерных особенностей эпилепсии, различных психологических и социальных стигматизирующих факторов.

С учетом столь значительного влияния ятрогении на эффективность терапии эпилепсии, ее устранение является одним из важных этапов существенного улучшения качества терапии этих больных.

### **Некоторые особенности содержания мембранных фосфолипидов у больных эпилепсией**

К.А. Зиньковский, Л.О. Мусина, Н.В. Коплунова

*ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Россия*

Методом тонкослойной хроматографии изучено содержание основных фракций мембранных фосфолипидов (ФЛ) — фосфатидилхолинов (ФХ) и сфингомиелинов (СФМ) в сыворотке крови 24 больных симптоматической эпилепсией и 25 практически здоровых лиц группы сравнения. Установлено достоверное ( $p < 0,01$ ) увеличение содержания этих фракций у больных эпилепсией: СФМ — в 1,56, а ФХ — в 1,21 раза. При анализе содержания изучаемых фракций у больных с различными вариантами течения заболевания выяснено,

что у пациентов с медленнопрогредиентным и стационарным типами течения эпилепсии характерно достоверное ( $p < 0,01$ ) увеличение уровня СФМ при незначительных изменениях ФХ, тогда как при прогредиентном течении этого заболевания в сыворотке крови больных статистически значимо возросло содержание обеих фракций ФЛ. Полученные данные подтверждают мнение ряда исследователей о наличии дестабилизации нейрональных мембран при эпилепсии и повышении проницаемости ГЭБ при этой патологии, облегчающем переход фракций мембранных ФЛ из мозга в кровь. Выявленное нарастание уровней СФМ и ФХ в сыворотке крови больных по мере увеличения темпа прогредиентности эпилептического процесса, по-видимому, может указывать на повреждение цитоскелета нейронов при нарастающей тяжести поражения нейрональных мембран.

**Опыт дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний различного генеза с помощью ЭЭГ-видеомониторинга у детей раннего возраста**

Г.В. Калмыкова

*Областной центр помощи детям с пароксизмальными состояниями и эпилепсией, ГУЗ «Детская областная больница», г. Белгород, Россия*

Целью исследования является изучения частоты воз-



никновения симптоматических эпилептических приступов у детей раннего возраста, а также дифференциальная диагностика эпилептических приступов, в том числе миоклоний, и назначение адекватного лечения.

В данном исследовании под нашим наблюдением находилось 10 пациентов в возрасте от 5 дней до 6 месяцев и 15 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3 лет.

В первой группе были пациенты, переведенные в реанимационное отделение ДОБ из реанимационного отделения Областного перинатального центра и отделения патологии новорожденных.

Во второй группе были дети, получающие лечение в отделении грудного возраста с соматической патологией, и дети, обратившиеся в поликлиническое отделение с диагнозом эпилепсия.

Всем пациентам была назначена консультация невролога-эпилептолога для исключения эпилептических приступов.

Детям проводился неврологический осмотр, сбор анамнеза жизни и семейного анамнеза, ЭЭГ-видеомониторинг, НСГ, МРТ. Детям, находящимся на лечение в реанимационном отделении, проводилась одновременная запись ЭЭГ, ЭКГ, миограммы и дыхательных движений.

У пациентов первой группы отмечались пароксизмальные расстройства в виде: миоклонических вздрагиваний (4), остановок дыхания (2), клонических подергива-

ний (2), тонико-клонических приступов (2).

У 50% детей этой группы имелись структурные повреждения головного мозга на НСГ и МРТ в виде атрофических изменений, наличия церебральных кист, дилатации боковых желудочков. У троих пациентов первой группы имелсяотягощенный анамнез по ВУИ и положительные анализы на ЦМВ и ВПГ.

У пациентов второй группы отмечались миоклонии (3), движения головой по типу кивков (6), запрокидывание головы назад (1), приступы падения с гипотонией без потери сознания (2), приступообразные «головокружения» (1), приступы в виде крика, сопровождающегося общим тоническим напряжением (2).

Всем этим детям проводилась НСГ в возрасте до 1 года, МРТ была проведена троим детям после ЭЭГ. На НСГ у 50% отмечена негрубая постгипоксическая дилатация передних рогов боковых желудочков.

У двоих детей на МРТ отмечены расширения арахноидальных пространств в лобных и височных областях, у одного — асимметрия гиппокампов.

Следует отметить, что и в первой и во второй группе часть пациентов на момент обращения получали противоэпилептическое лечение.

Так, в первой группе, все дети с миоклониями, клоническими подергиваниями и тонико-клоническими приступами получали препараты вальпроевой кислоты в дозиров-

ках 10–20 мг/кг в сутки, один ребенок с остановками дыхания получал фенобарбитал. В этой группе эффекта от проводимой терапии на момент обследования не отмечалось.

После обследования на ЭЭГ эпилептиформная активность среди детей с миоклониями зарегистрирована у одного ребенка в виде гипсаритмии. У остальных детей с миоклониями эпилептиформной активности не отмечалось как в момент миоклонических вздрагиваний, так и при продолженной записи бодрствования и сна.

У двоих детей зафиксированы тонико-клонические приступы, сопровождающиеся паттерном припадка на ЭЭГ.

У двоих детей с остановками дыхания зарегистрированы дезорганизованная медленноволновая кривая и дельта-волны низкой амплитуды.

При клонических подергиваниях у двоих детей первой группы паттерна эпилептического приступа не отмечалось.

По результатам обследования была проведена коррекция противосудорожной терапии у детей с приступами. Детям с ВУИ была проведена противовирусная терапия и вводились иммуноглобулины.

У двоих детей с приступами из первой группы отмечается медикаментозная ремиссия.

У ребенка с гипсаритмией на ЭЭГ отмечается урежение приступов на политерапии. Остальным детям противосудорожные препараты были постепенно отменены.

Двое детей с остановками дыхания погибли, у них об-

наружены пороки развития дыхательных путей.

Во второй группе эпилептиформная активность на ЭЭГ была зарегистрирована у одного ребенка с миоклониями, у одного — с приступами падения с гипотонией без потери сознания и у одного — с приступообразными головкружениями.

Всем детям была проведена коррекция лечения.

## **Клинические проявления височных эпилепсий у взрослых**

А.С. Котов, А.М. Руденко

*МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия*

*Цель.* Изучение клинических особенностей, эффективности лечения и прогноза у взрослых пациентов с различными формами височных эпилепсий (ВЭ).

*Материалы и методы.* 136 больных с ВЭ — 66 мужчин и 70 женщин в возрасте от 17 до 79 лет. Обследование включало клинический и неврологический осмотр, рутинную ЭЭГ и/или ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ головного мозга. Всем пациентам была назначена впервые или подвергнута коррекции текущая терапия антиэпилептическими препаратами (АЭП).

*Результаты.* По данным ЭЭГ, отсутствие патологических изменений отмечено у 33 пациентов (24,3%), региональное замедление в височных областях выявлялось у 22

(16,2%), фокальная эпилептиформная активность той же локализации — у 75 (55,1%), нелокализованная эпилептиформная активность — у 6 (4,4%). При проведении МРТ не было обнаружено патологических изменений головного мозга у 50 пациентов (36,8%), неэпилептогенные изменения (гидроцефалия и т.д.) диагностированы у 17 (12,5%), умеренно-эпилептогенные (постинсультные и посттравматические кисты, очаги глиоза и т.д.) — у 42 (30,9%), высокоэпилептогенные — у 14 (10,3%), в том числе гиппокампальный склероз — у 8 (5,9%). В подавляющем большинстве случаев у взрослых с ВЭ заболевание проявляется сочетанием вторично-генерализованных и фокальных (парциальных) приступов. Медикаментозная ремиссия была достигнута лишь в 28,2% случаев.

*Обсуждение.* Таким образом, ВЭ не только самая распространенная форма ФЭ у взрослых, но и одна из самых труднокурабельных. Своевременное направление медикаментозно-резистентных пациентов на хирургическое лечение позволит повысить эффективность лечения ВЭ в 60–80% случаев.

## **Клинические и социальные аспекты некомплаентности лиц, страдающих эпилепсией**

А.С. Котов, Н.В. Толстова, Н.А. Горохов

*Кафедра неврологии ФУВ МОНИКИ, Москва, Россия*

*Цель.* Оценить некомплаентность у большой популяции пациентов с эпилепсией и выявить ее причины.

*Материалы и методы.* Обследовано 977 пациентов. Диагноз эпилепсии подтвержден у 844 (411 мужчин и 433 женщин в возрасте 18–82 лет). Обследование включало осмотр, ЭЭГ, МРТ головного мозга, анализы. Катамнез длительностью 6 месяцев — 5 лет отслежен у 619 больных. Назначена впервые/скорректирована терапия антиэпилептическими препаратами (АЭП). Частота приступов и регулярность приема АЭП оценивались по опросу больных и по дневникам приступов.

*Результаты.* COMPLAINTными оказались 262 (42,3%) пациента. У 193 (31,2%) больных были нарушения приема АЭП (изменение дозы, пропуск, замена на аналоги) без значимого влияния на качество лечения («условно COMPLAINTные»). НЕCOMPLAINTными были 164 (26,5%) (отказ от АЭП, замена на АЭП другой группы). Снижение дозы отмечалось у 243 (39,3%) (лишь у 50 из них (8,1%) из-за побочных эффектов), превышение — у 72 (11,6%), отказ от приема — 76 (12,3%) пациентов. Из-за отказа в выдаче АЭП по месту жительства 44 (7,1%) пациентов не принимали АЭП, 59 (9,5%) принимали вместо назначенного АЭП более дешевый аналог. К концу исследования рекомендации выполняли 478 (77,2%) больных, игнорировали — 141 (22,8%). Единственным признаком, достоверно коррелирующим с некомплаентностью, была неэффективность медикаментозной тера-

пии ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ).

*Обсуждение.* В структуре некомплаентности преобладает снижение дозы АЭП. Важным фактором некомплаентности является социально-экономический. Неэффективность медикаментозной терапии достоверно коррелирует с некомплаентностью.

## **Особенности течения нелокализованных фокальных эпилепсий**

А.С. Котов, Н.В. Толстова, Н.А. Горохов

*Кафедра неврологии ФУВ МОНКИ, Москва, Россия*

*Цель.* Изучить структуру приступов у взрослых пациентов, страдающих фокальной эпилепсией (ФЭ) с эпилептическим очагом неустановленной локализации.

*Материалы и методы.* Обследовано 296 пациентов с нелокализованной ФЭ: 150 мужчин и 146 женщин в возрасте 16–78 лет. Критерием диагноза было несоответствие клинической картины и результатов обследования. Возраст дебюта составил 0–74 лет, длительность активной эпилепсии — 1–50 лет. Обследование включало клинический и неврологический осмотр, ЭЭГ и/или ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ. Катамнез сроком 1–5 лет отслежен у 201 больного. Была назначена/скорректирована антиэпилептическая терапия.

*Результаты.* Сочетание фокальных и вторично-

генерализованных приступов (ВГСП) встречалось у 153 (51,7%), изолированные ВГСП — у 121 (40,9%), изолированные фокальные приступы — у 22 (7,4%) пациентов. Приступы в виде «эпизодов отключения сознания» с отсутствием/минимальной выраженностью постиктальной спутанности встречались у 42 (14,2%), аутомоторные — у 38 (12,8%), неклассифицируемые — у 19 (6,4%), миоклонические — у 4 (1,35%), эпилептические синкопы — у 2 (0,7%) обследованных. Высокая частота приступов достоверно ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ) ассоциировалась с неблагоприятным эффектом от лечения.

*Обсуждение.* Отнесение пациентов с ВГСП к страдающим нелокализованной ФЭ основывается на отсутствии данных о локализации очага эпилепсии по результатам обследования и сложном характере пароксизмов. Высокая частота приступов ассоциируется с неблагоприятным эффектом от терапии.

## **Течение теменных эпилепсий у взрослых**

А.С. Котов, Н.В. Толстова, Н.А. Горохов

*Кафедра неврологии ФУВ МОНИКИ, Москва, Россия*

*Цель.* Проанализировать клинические особенности эпилепсии у пациентов с теменными приступами.

*Материалы и методы.* Обследовано 536 пациентов с фокальными эпилепсиями (ФЭ), выявлено 24 больных с клинической картиной теменной эпилепсии (ТЭ) — 9 муж-



чин и 15 женщин в возрасте 19–69 лет. Возраст дебюта составил 2–66 лет, длительность заболевания — 2–42 лет. Обследование включало осмотр, ЭЭГ и/или видео-ЭЭГ-мониторинг, МРТ. Катамнез сроком 1–5 лет отслежен у 16 больных. Была назначена/скорректирована терапия антиэпилептическими препаратами (АЭП).

*Результаты.* ТЭ составили 4,5% ФЭ у взрослых. Дизестезии и парестезии наблюдались у 11 (45,8%), боль — у 3 (12,5%) пациентов. Дополнительные симптомы раздражения теменных долей (чаще головокружение) отмечались у 11 (45,8%) обследованных. Вовлечение сопредельных областей коры отмечалось у 13 (54,2%) пациентов. Фокальные приступы (ФП) отмечались у 3 (12,5%), вторично-генерализованные судорожные приступы (ВГСП) — у 3 (12,5%), их комбинация — у 18 (75%) обследованных. Эпилептиформная активность в теменных отведениях отмечена у 12,5%, эпилептогенные структурные повреждения теменных долей — у 29,2% больных. Большая длительность заболевания ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,05$ ), высокая частота приступов ( $r = 0,64$ ;  $p < 0,05$ ) и симптоматическая этиология заболевания ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ) ассоциировались с отсутствием эффекта от терапии.

*Обсуждение.* Низкая информативность ЭЭГ и МРТ делает диагноз ТЭ клиническим. Среди симптомов ТЭ преобладают дизестезии, парестезии и боль. Отсутствие эффекта от лечения ассоциировано с длительностью, симптоматической природой заболевания и высокой частотой приступов.

## **Нейрокинуренины (НЕКИ) в генезе эпилепсии (ЭПИ)**

И.П. Лапин

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

Проблема «НЕКИ-ЭПИ» была сформулирована автором на основании экспериментальных данных<sup>1</sup>. Впоследствии опубликованы фармакологические и клинические факты, установившие, что среди НЕКИ, метаболитов незаменимой кислоты триптофан (ТРФ) есть эндогенные конвульсанты (ЭК): кинуренин, 3-оксикинуренин, хинолиновая кислота и эндогенные антиконвульсанты (ЭАК): кинуреновая и ксантуреновая кислоты, индолпируват. Против ЭК оказались эффективными также глицин, таурин, никотинамид, церулеин, мелаксен (мелатонин). Роль системы НЕКИ и взаимодействующих с ними нейрохимических механизмов мозга в патогенезе ЭПИ представлена в отечественной монографии автора «Стресс–Тревога–Депрессия–Алкоголизм–Эпилепсия»<sup>2</sup>. Это оригинальное направление в изучении патогенеза ЭПИ в последние годы развивалось во многих коллективах за рубежом.

Цель настоящего сообщения — привлечь внимание к проблеме и обратить внимание на реальные практические

---

<sup>1</sup> «Kynurenes and seizures», *Epilepsia*, 1981, V. 22, p. 257–265.

<sup>2</sup> Лапин И.П. Нейрокинурениновые механизмы и новые подходы к лечению. — СПб.: Деан, 2004.

возможности внести значимый вклад в приближение к пониманию роли НЕКИ в ЭПИ. Этот путь в использовании традиционного подхода «*Diagnosis ex juvantibus*»: могут ли фармацевтические формы ЭАК и антагонистов ЭК — мелаксен, никотинамид, аллопуринол (ингибитор триптофанпирролазы печени, уменьшающий синтез ЭК) — оказывать лечебное действие при ЭПИ.

## **Иммунопатологические синдромы у больных эпилепсией**

Л.В. Липатова

*Санкт-Петербургский психоневрологический научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

За последние десятилетия накоплены многочисленные данные, свидетельствующие о взаимосвязи эпилепсии с иммунологической дезорганизацией, что позволило отнести этот вид патологии в группу иммунозависимых заболеваний, для которых характерно прогрессирующее течение.

*Целью* настоящего исследования явилось изучение иммунного статуса больных эпилепсией для уточнения характера изменений в различных звеньях иммунной системы.

*Материалы и методы.* Долабораторное обследование иммунного статуса проводилось с использованием «Карты диагностики иммунологической недостаточности», для выявления клинических синдромов вторичной иммунологиче-

ской недостаточности (ВИН) была использована классификация, разработанная сотрудниками МЗ РФ под руководством академика Р.В. Петрова. Лабораторное обследование пациента позволяло идентифицировать дефекты компонентов иммунной системы, с этой целью изучена сенсбилизация лимфоцитов к мозговым антигенам методом торможения адгезии лейкоцитов (РТАЛ) в присутствии 4 нейроспецифических антигенов (НАГ): белка S-100, основного белка миелина (ОБМ), галактоцереброзидов (Gal-C-I типа) и мембранозного антигена (мемАГ), состояние Т- и В-клеточного звена у 98 больных эпилепсией.

*Результаты.* У 96,9% больных эпилепсией были обнаружены различные НАГ, выявлялась олиго- и полисенсбилизация к нейроантигенам. Один НАГ определялся у 43,8% больных эпилепсией; два НАГ — у 32,6%, три — у 15,3%, все четыре исследуемых НАГ — у 5,1. У большинства пациентов был выявлен белок S-100 (89,4%), ОБМ — у 47%, галактоцереброзидный белок — у 41,0%, мембранозный белок — у 9,5%. Наиболее частой комбинацией НАГ было сочетание ОБМ с другим маркером нейроглии — белком S-100 и ядерным НАГ Gal-C-I (по 60,8%), реже — с мембранозным белком (17,3%). У больных эпилепсией зарегистрированы высокие показатели РТАЛ для всех НАГ (0,66–0,71), что является доказательством наличия аутоиммунного процесса в ЦНС с нарушением проницаемости ГЭБ и несостоятельностью НАГ-элиминирующих механизмов. Выявленные у больных эпи-

лепсией НАГ свидетельствуют о наличии деструктивного процесса в ЦНС не только на уровне нейронов, что подтверждается присутствием мембранозного нейроантигена и галактоцебросидов-С-I, но и получить приоритетные данные о наличии деструкции белого вещества, демиелинизации, маркерами которой являются ОБМ и белок S-100.

Выявлен количественный дефицит общего пула циркулирующих в периферической крови Т-лимфоцитов (CD3+). Установлен факт наличия дефицита Т-хелперов (CD4+), являющихся лимфокинсекретирующими клетками, а также снижение количества Т-супрессоров/киллеров (CD8+ лимфоцитов). Настоящие изменения приводили к количественному сдвигу иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+) в сторону снижения, прежде всего за счет субпопуляции лимфоцитов класса CD4+. Функциональная активность лимфоцитов, оцениваемая посредством теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) нейтрофильными лейкоцитами, была снижена за счет уменьшения как базального НСТ-теста, значения которого составили  $18,81 \pm 12,79$ , так и стимулированного ( $34,17 \pm 25,21$ ). Угнетение фагоцитоза может быть обусловлено первичным дефектом или глубокой перестройкой аппарата фагоцитирующих клеток под влиянием различных сывороточных факторов, в роли которых могут выступать антигены, антигена, иммунные комплексы, продукты нарушения клеточного метаболизма и обменных процессов.

Иммунологические нарушения являлись фоном для развития клинических иммунопатологических синдромов (ИПС). Ведущим ИПС был инфекционный синдром, (у 80,6% больных), аутоиммунный синдром отмечен у 43,8%, аллергический синдром — у четверти больных эпилепсией (25,5%). У большинства пациентов (75,5%) отмечалось сочетание ИПС инфекционного синдрома и АИС. Инфекционный синдром проявлялся частыми ОРВИ, хроническими воспалительными заболеваниями ЛОР-органов, рецидивирующей герпетической инфекцией, хроническими заболеваниями мочевыводящих путей и прочими. Клиническим выражением аллергического синдрома были атопический дерматит, поллинозы, пищевая, лекарственная и другие виды аллергии в виде крапивницы, в редких случаях — отеков Квинке. Достаточно часто у больных эпилепсией аутоиммунный синдром проявлялся эндокринопатиями, они отмечены у 18,4% пациентов. В структуре эндокринопатий на первом месте находились заболевания щитовидной железы, затем — нарушение продукции половых гормонов, проявляющееся у женщин нарушением менструального цикла и репродуктивной функции, гипер- и гипопролактинемией, у мужчин — нарушениями половой функции; реже — нарушение углеводного обмена.

*Выводы.* У больных эпилепсией выявлены значимые, подтвержденные лабораторно, признаки иммунодефицитного состояния, характеризующегося значительным угнетени-

ем отдельных звеньев иммунитета, выходящего за границы допустимого диапазона нормальных значений, клинически представленные синдромами вторичной иммунной недостаточности, что следует учитывать при выборе лечебной тактики.

## **Социальные факторы риска психических расстройств при эпилепсии в детском возрасте**

Е.В. Малинина

*ГОУ ДПО УГМАДО, г. Челябинск, Россия*

*Цель.* Изучить социальные факторы при эпилепсии в детском возрасте и установить их взаимосвязь с эпилептическим процессом и психическими расстройствами.

*Материалы и методы.* Обследованы 346 детей в возрасте от 3 до 18 лет, страдающих эпилепсией и имеющие различные непсихотические психические расстройства. С помощью анкетных данных изучены социальные факторы риска развития психопатологических расстройств при эпилепсии. Было проведено рассмотрение сопряженности (взаимосвязи) этих факторов с самой эпилепсией и с психическими нарушениями с помощью анализа кросс-табуляций. В качестве статистических критериев использовались критерий  $\chi^2$  Пирсона и коэффициент V Крамера.

*Результаты и обсуждение.* Полученные результаты

показали, что 35,8% детей воспитываются в неполных семьях, больше половины обследуемых (62,1%) из семей рабочих, у 46,5% детей родители имели среднее образование. Оценивают свои отношения в семье как формальные 42,2%. Именно в этих семьях в большей степени встречались злоупотребление родителями алкоголя, курение матери во время беременности и кормления грудью, употребление наркотиков и токсических веществ (26,3%). Неблагоприятный психологический климат с жестокими и конфликтными отношениями встречался в 18,2% случаев. Воспитание детей по типу гиперопеки наблюдалось в 47,4% семей.

Следующим этапом было рассмотрение влияния социальных факторов на течение эпилепсии и психические расстройства. Рассмотрение связи данных факторов с формами эпилепсии во всей выборке ( $n = 346$ ) по статистическим показателям показало полное ее отсутствие. В то же время анализ влияния данных факторов на психическую патологию обнаружил сильную их связь с выраженными психическими расстройствами, прежде всего когнитивными и поведенческими. Это были в 23,7% неполные семьи ( $\chi^2 = 7,344$ ;  $p = 0,025$ ;  $V = 0,146$ ), в 39,9% рабочие семьи ( $\chi^2 = 14,602$ ;  $p < 0,001$ ;  $V = 0,205$ ), в 30,6% средне-специальное образование родителей ( $\chi^2 = 12,686$ ;  $p = 0,013$ ;  $V = 0,135$ ) и 25,1% конфликтные отношения в семье ( $\chi^2 = 10,677$ ;  $p = 0,030$ ;  $V = 0,124$ ).

*Выводы.* Низкий социальный статус семьи больных



эпилепсией детей в большей степени может повлиять на социальную адаптацию, поведение пациентов, прогноз заболевания и качество лечения, поскольку эти показатели напрямую зависят от уровня социального статуса семьи. С целью улучшения качества жизни детей, больных эпилепсией, необходим мультидисциплинарный подход в организации медико-социальной помощи этим пациентам. Модель данного направления должна включать, помимо специалистов в области эпилепсии, команду психологов, педагогов и социальных работников.

### **К изучению эпидемиологии эпилепсии с психическими расстройствами (по материалам Ленинградской области)**

Н.Г. Незнанов, С.А. Громов, Н.В. Семенова

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний. Заболеваемость ею в мире составляет 50–70 на 100 тысяч населения. Общее число больных эпилепсией в мире составляет порядка 50 млн человек. В Европе, с населением 400 млн человек, эпилепсией болеют 6 млн, а в странах СНГ 2,5 млн человек. В последние годы регистрируется увеличение показателя болезненности эпилепсией, что обусловлено лучшей выявляе-

мостью заболевания, совершенствованием методов диагностики, большей обращаемостью, а также расширением деятельности эпилептологических центров.

Так, по нашим данным, болезненность эпилепсией в Ленинградской области в 60-х — начале 70-х гг. XX века составила 3,0 на 1000 населения. По данным Ленинградского Областного эпилептологического центра, в 2008 г. под наблюдением находились 6523 взрослых больных эпилепсией (4,8 на тысячу взрослого населения). Таким образом, численность больных, страдающих эпилепсией, среди взрослого населения Ленинградской области за 40 лет возросла на 60% (или в 1,6 раза). Частота развития психических расстройств у больных эпилепсией в регионе детально не изучалась.

*Цель.* Изучение болезненности и заболеваемости психическими расстройствами вследствие эпилепсии у жителей Ленинградской области за период 2000–2008 гг.

*Материалы и методы.* Проанализированы «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами» (форма № 10) Ленинградского областного психоневрологического диспансера (ЛОПНД) за 2000–2008 гг. Использовались эпидемиологический и статистический методы исследования.

*Результаты.* По полученным данным, болезненность психическими расстройствами, обусловленными эпилепсией, в Ленинградской области составила: в 2000 г. — 2250 человек (1,36 на 1000 населения), в 2001 г. — 2350 (1,46), в

2002 г. — 2411 (1,51), в 2003 г. — 2500 (1,56), в 2004 г. — 2768 (1,71), в 2005 г. — 2786 (1,73), в 2006 г. — 2218 (1,39), в 2007 г. — 2293 (1,43), в 2008 г. — 2066 (1,28).

Заболееваемость психическими расстройствами, обусловленными эпилепсией, в Ленинградской области составила: в 2000 г. — 143 человека (8,66 на 100 тыс. населения), в 2001 г. — 158 (9,81), в 2002 г. — 139 (8,73), в 2003 г. — 120 (7,51), в 2004 г. — 129 (7,98), в 2005 г. — 158 (9,82), в 2006 г. — 105 (6,59), в 2007 г. — 92 (5,72), в 2008 г. — 90 (5,61).

Приведенные данные показывают увеличение показателей заболеваемости и болезненности в Ленинградской области в период 2000–2005 гг. с максимальными значениями в 2004 и 2005 гг., а затем постепенное снижение этих показателей к 2008 году. В 2004–2005 гг. в ЛОПНД вел прием пациентов врач-психиатр, прошедший специализированную подготовку по эпилептологии, поэтому, возможно, увеличение показателей болезненности и заболеваемости психическими расстройствами в эти годы, объясняется улучшением качества диагностики данных расстройств и их лучшей выявляемостью.

Снижение изучаемых показателей в Ленинградской области в 2006–2007 гг. может быть обусловлено активной работой Областного эпилептологического центра, берущего под наблюдение больных эпилепсией на ранних этапах развития заболевания, а также использование современных ме-

тодов диагностики и фармакотерапии эпилепсии, что вносит важный вклад в профилактику психических расстройств в этой группе больных.

Однако эта тенденция может отражать и негативные моменты оказания психиатрической помощи населению Ленинградской области, связанные с недостаточной профессиональной информированностью врачей-психиатров в ПНД об особенностях клиники и терапии психических расстройств при эпилепсии, а также с недостаточно своевременной диагностикой этих расстройств. Все это обуславливает необходимость дополнительной специализации по эпилептологии врачей психиатрических кабинетов и ПНД, более широкое внедрение послевузовских образовательных программ и циклов профессионального усовершенствования в области эпилептологии.

## **Исследование заболеваемости и распространенности психических расстройств при эпилепсии в Ленинградской области**

Н.Г. Незнанов, Н.В. Семенова

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

Эпилепсия относится к числу наиболее распространенных нервно-психических заболеваний. Несмотря на частоту психических нарушений при эпилепсии, до настоящего

времени не уточнено их место в клинике и динамике заболевания. Опубликованные результаты эпидемиологических исследований определяют распространенность психических расстройств у больных эпилепсией в очень широких пределах — от 3,8% до 60%. В целом по России за последние двадцать лет отмечается существенный прирост показателей болезненности и заболеваемости (8,5% и 23,4% соответственно) пограничными психическими расстройствами при эпилепсии.

*Цель исследования.* Анализ показателей болезненности и заболеваемости психическими расстройствами психотического и непсихотического уровня при эпилепсии в период 2000–2008 гг. Ленинградской области.

*Материалы и методы.* Проанализированы «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами» (форма № 10) Ленинградского областного психоневрологического диспансера (ЛОПНД) за 2000–2008 гг. Использовались клинико-эпидемиологический и статистический методы исследования.

*Результаты.* Болезненность психическими расстройствами психотического характера (психозы и слабоумие) зарегистрирована в Ленинградской области в 2000 г. — 1320 человек (0,80 на 1000 населения), в 2001 г. — 1377 (0,86), в 2002 г. — 1419 (0,89), в 2003 г. — 1505 (0,94), в 2004 г. — 1573 (0,97), в 2005 г. — 1594 (0,99), в 2006 г. — 1364 (0,86), в 2007 г. — 1496 (0,93), в 2008 г. — 1362 (0,85).

Заболеваемость психическими расстройствами психо-

тического характера (психозы и слабоумие) в Ленинградской области составила: в 2000 г. — 92 человека (5,57 на 100 тыс. населения), в 2001 г. — 89 (5,53), в 2002 г. — 92 (5,78), в 2003 г. — 77 (4,82), в 2004 г. — 83 (5,13), в 2005 г. — 93 (5,78), в 2006 г. — 80 (5,02), в 2007 г. — 64 (3,98), в 2008 г. — 68 (3,24).

Болезненность непсихотическими психическими расстройствами (расстройства личности, транзиторные тревожные и аффективные расстройства) зарегистрирована в Ленинградской области в 2000 г. — 930 человек (0,56 на 1000 населения), в 2001 г. — 973 (0,60), в 2002 г. — 992 (0,62), в 2003 г. — 995 (0,62), в 2004 г. — 1195 (0,74), в 2005 г. — 1192 (0,74), в 2006 г. — 854 (0,54), в 2007 г. — 797 (0,50), в 2008 г. — 704 (0,44).

Заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами в Ленинградской области составила: в 2000 г. — 51 человек (3,09 на 100 тыс. населения), в 2001 г. — 69 (4,29), в 2002 г. — 47 (2,95), в 2003 г. — 43 (2,69), в 2004 г. — 46 (2,85), в 2005 г. — 65 (4,04), в 2006 г. — 25 (1,57), в 2007 г. — 28 (1,74), в 2008 г. — 22 (1,37).

Приведенные данные показывают увеличение показателей болезненности и заболеваемости психозами при эпилепсии в период с 2000 по 2005–2006 гг. с дальнейшим их снижением в последние 2–3 года. В отношении показателей болезненности и заболеваемости непсихотическими расстройствами за рассматриваемый период можно отметить тенденцию к постепенному их снижению.

Проведенный клинико-эпидемиологический анализ позволяет сделать вывод о том, что темпы роста регистрируемой болезненности и заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами при эпилепсии существенно отстают от общероссийских показателей. Это может быть обусловлено тем, что, с одной стороны, в последние годы больные эпилепсией наблюдаются в большей степени неврологами, которые недостаточно выявляют пограничные психические расстройства, а, с другой стороны, недостаточным вниманием врачей-психиатров, прежде всего амбулаторного звена, к этой группе психических нарушений. В этой связи целесообразно усиление психообразовательной работы среди больных, ориентация их на консультативно-лечебную помощь со стороны ПНД и психиатрических кабинетов, в результате чего существенная доля страдающих пограничными расстройствами больных эпилепсией будет получать адекватную и своевременную помощь.

**Данные ЭЭГ-исследования  
у больных с терминальной стадией  
хронической почечной недостаточности,  
находящихся на заместительной терапии**

Н.А. Овсянникова, Н.М. Жулев, А.Л. Арьев

*Медицинская академия последипломного образования,  
Санкт-Петербург, Россия*

*Цель исследования.* Определение особенностей ЭЭГ у больных с терминальной стадией ХПН, получающих заместительную терапию методами хронического гемодиализа (ХГД) и постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД).

*Материалы и методы исследования.* Обследовано 20 больных с терминальной стадией ХПН на заместительной терапии. Первую группу составили 12 человек, получающих ХГД (4 мужчин и 8 женщин), вторую группу составили 8 человек, получающих ПАПД (5 мужчин и 3 женщины). Возраст больных, получающих ХГД, составил от 23 до 62 лет ( $43,6 \pm 14,37$ ). Длительность ХГД — от 4 до 74 месяцев.  $KT/V = 1,20-1,68$ . Во второй группе, получающей ПАПД, возраст составил от 23 до 55 лет ( $43,8 \pm 12,85$ ). Длительность ПАПД — от 6 до 73 месяцев.  $KT/V = 1,8-3,6$ .

*Результаты исследования.* У больных, получающих ХГД, выявлялись легкие общие изменения биопотенциалов головного мозга у 3 больных (25%), умеренные — у 7 (58%) и выраженные — у 2 (17%). В группе, получающей ПАПД, легкие изменения отмечены у 5 больных (63%), умеренные — у 3 (37%) ( $p < 0,05$ ). Ирритация срединных структур (диэнцефальный уровень) была отмечена у 8 больных (67%), получающих ХГД. Из них у 3 (37%) — выраженные явления, у 5 (63%) — умеренные. У больных, получающих ПАПД, ирритация диэнцефальных структур наблюдалась у 50%. При этом выраженных явлений ирритации не было



( $p < 0,05$ ). Локальный компонент также чаще выявлялся у больных на ХГД — у 8 (67%): в височных долях у 3 (37%), в лобных долях — у 2 (25%), в лобно-височных — у 2 (25%) и в затылочных долях — у 1 (13%). Локальный компонент у больных, получающих ПАПД, выявлен только у 1 больного (13%) в лобных долях ( $p < 0,05$ ). Сосудистый компонент одинаково часто выявлялся как у больных на ХГД, так и у больных на ПАПД ( $p > 0,05$ ). Снижение порога судорожной готовности и пароксизмальная активность наблюдались только у больных, находящихся на ХГД.

Таким образом, у больных, находящихся на заместительной терапии, выявляются общие изменения биопотенциалов головного мозга различной степени выраженности и ирритация диэнцефальных структур, а также определяется локальный компонент, преимущественно в лобно-височных долях. Более выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга выявляются у больных, получающих ХГД, по сравнению с больными, получающими ПАПД.

**Фармакоэкономический анализ  
«стоимость–эффективность» в оценке  
результативности лечения эпилепсии у  
взрослых**

Н.В. Орехова, А.В. Бугун, П.Н. Власов

*МГМСУ, Москва, Россия*

*Целью* настоящего исследования явилась оценка клинико-экономической эффективности лечения эпилепсии у взрослых на амбулаторном этапе.

*Материалы и методы.* Были проконсультированы 1678 пациентов, направленных к epileптологу из районных поликлиник, диагноз был подтвержден у 1152 пациентов. В исследовании приняли участие 310 человек (69,03% женщин, 30,97% мужчин) с различными типами припадков, соответствующих установленным критериям включения и имеющих минимум двукратную явку на прием. Средний возраст пациентов составил  $29,8 \pm 8,7$  года при длительности заболевания  $13,01 \pm 6,7$  года. Средний возраст начала заболевания  $16,8 \pm 8,5$  года. Фармакоэкономический анализ «стоимость–эффективность» проводился по формуле  $(DC + IC) / Ef$ , где DC — прямые затраты; IC — непрямые затраты; Ef — эффективность лечения.

*Результаты.* Даже при значительном росте прямых затрат показатель стоимости ведения пациентов достоверно снижается в 2–3 раза за счет проведения антиэпилептического лечения в режиме монотерапии, уменьшения обращений к epileптологу, снижения затрат на дополнительные обследования и сопутствующую терапию вследствие уменьшения количества побочных эффектов, повышения показателей качества жизни пациентов, снижения числа госпитализаций и количества дней нетрудоспособности.

*Обсуждение.* Полученные результаты подтверждают

отсутствие должной информации об эпидемиологических характеристиках эпилепсии, что обуславливает существенные недостатки организации медицинской помощи. Фармакоэкономический показатель «стоимость–эффективность» напрямую зависит от рационального выбора АЭП, адекватного подбора дозы.

### **Показатели первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста с эпилепсией в Тюменской области**

В.Г. Помников, Т.К. Муртазина

*ФГУ СПбИУВЭК, Россия*

*ФГУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области», Россия*

При анализе результатов первичных освидетельствований лиц с эпилепсией установлено, что доля лиц трудоспособного возраста наибольшая и в разные годы составляет от 77% до 93%, что обуславливает актуальность углубленного анализа инвалидности у данной категории граждан.

*Цель исследования.* Изучение состояния первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста вследствие эпилепсии за 5 лет.

*Материалы и методы.* Исследованы акты освидетельствования с использованием статистического, клинико-экспертного, графического методов.

*Результаты и обсуждение.* В течение 2004–2008 гг. отмечается снижение более чем в 2 раза уровня первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста с эпилепсией в Тюменской области. Это отражает благоприятную социально-экономическую ситуацию в нашем регионе, а также связано с эффективной организацией в области специализированной помощи больным эпилепсией.

При анализе структуры по возрастам установлено, что наибольшую долю занимают молодые люди в возрасте от 18 до 44 лет. В структуре по типу местности отмечается преобладание городских жителей. В разрезе по полу практически в течение всего анализируемого периода преобладают лица мужского пола, на них приходится более двух третей освидетельствований. В структуре по тяжести инвалидности первая группа устанавливается в единичных случаях. С 2006 года отмечается рост доли второй группы инвалидности и, соответственно, уменьшение доли менее тяжелой группы инвалидности — третьей. В структуре ограничений жизнедеятельности у данной категории граждан имеются все 7 категорий, при этом наиболее значимые из них (определяются в большинстве случаев): ограничение способности к трудовой деятельности, к контролю за своим поведением, к обучению и к общению.

Таким образом, первичная инвалидность чаще устанавливается в возрасте 18–44 лет лицам мужского пола, проживающим в городах. Эпилепсия оказывает влияние на

все стороны функционирования больного. Все это необходимо учитывать при организации помощи больным с эпилепсией и при формировании комплексных областных программ реабилитации инвалидов.

## **Профессиональная реабилитация у лиц трудоспособного возраста с эпилепсией в Тюменской области**

В.Г. Помников, Т.Г. Муртазина

*ФГУ СПбИУВЭК, Россия*

*ФГУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области», Россия*

При анализе результатов освидетельствований больных с эпилепсией в Тюменской области установлено, что доля лиц трудоспособного возраста наибольшая. При этом процент полного выполнения программ профессиональной реабилитации (далее ППР) в течение 2005–2008 гг. составляет менее 10%, что обуславливает актуальность углубленного анализа организации работы по профессиональной реабилитации инвалидов с эпилепсией.

*Цель.* Изучение потребности в профессиональной реабилитации, причин ее невыполнения за 2005–2008 гг.

*Материалы и методы.* Исследованы акты освидетельствования, индивидуальные программы реабилитации с использованием статистического, клинико-экспертного, гра-

фического методов.

*Результаты и обсуждение.* При изучении имеющихся категорий ограничений жизнедеятельности установлено, что в 100% случаев лица трудоспособного возраста с эпилепсией имеют ограничение способности к трудовой деятельности, потребность в мерах профессиональной реабилитации лиц трудоспособного возраста составляет более 90%. Изучение уровня профессионального образования показало, что большой процент инвалидов (37%–59%) трудоспособного возраста вследствие эпилепсии не имеют профессионального образования, что затрудняет их трудоустройство. На день освидетельствования работает менее одной трети, по итогам 2008 г. — менее десяти процентов инвалидов. Из числа нуждающихся в профессиональной реабилитации более половины могут трудиться в обычных производственных условиях, однако 21–43% инвалидов нуждаются в организации специально-созданных рабочих мест. Основные причины невыполнения ППР: отсутствие необходимых условий на рынке труда; негативное отношение работодателей к приему на работу инвалидов с эпилепсией.

Для решения выявленных проблем необходимо: развивать систему медико-социальной реабилитации в области; организовать работу разных ведомств по проведению своевременной профориентации, профессиональному обучению с последующим трудоустройством; совершенствовать нормативно-правовую базу по вопросам трудоустройства инвалидов.

## **Клинические особенности лобных эпилепсий у взрослых**

А.М. Руденко, А.С. Котов

*МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия*

*Цель.* Изучение клинических особенностей и лечения взрослых пациентов с лобной эпилепсией (ЛЭ).

*Материалы и методы.* 85 больных с ЛЭ — 37 мужчин и 48 женщин в возрасте от 18 до 54 лет. Обследование включало рутинную ЭЭГ и/или ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ головного мозга. Всем пациентам была назначена впервые или подвергнута коррекции текущая терапия антиэпилептическими препаратами (АЭП).

*Результаты.* Криптогенная эпилепсия была диагностирована у 37 больных (43,5%), симптоматическая — у 48 (56,5%). Изолированные вторично-генерализованные судорожные приступы (ВГСП) встречались у 43 (50,6%) пациентов, изолированные фокальные приступы — у 13 (15,3%), комбинация фокальных приступов и ВГСП наблюдалась у 29 (34,1%) больных. Встречались следующие типы приступов: фокальные клонические моторные приступы — у 14 (16,5%) обследованных, асимметричные тонические приступы — у 15 (17,6%), лобные гиперкинетические — у 2 (2,4%), лобные абсансы — у 13 (15,3%). Проведение рутинной ЭЭГ выявило эпилептическую активность (ЭА) у 66 (77,7%) больных. У 26 пациентов с отсутствием ЭА во время

рутинной записи или наличием нелатерализованной ЭА патологические изменения были зафиксированы при проведении ночного видео-ЭЭГ-мониторинга. Эпилептогенные изменения после проведения МРТ были обнаружены у 45 (52,9%), причем высокоэпилептогенные структурные дефекты ассоциировались с отсутствием эффекта от медикаментозной терапии.

*Обсуждение.* Таким образом, совершенствование диагностических методик и разработка новых АЭП позволит повысить эффективность медикаментозной терапии пациентов с ЛЭ.

## **Значение эквивалентов эпилептических припадков в генезе рецидивов алкоголизма**

И.М. Сквиря

*Гомельский государственный медицинский университет,  
Беларусь*

*Введение.* В настоящее время механизм патологического влечения к алкоголю (ПВА) при алкоголизме объясняется теорией киндлинга (зажигания), которая рассматривает аффективно насыщенные состояния абстиненции, так же как эпилептические припадки в качестве реакции на комплекс раздражителей, накапливающихся в лимбической и амигдаллярной структурах мозга, с разрядкой, вызывающей припадок или ПВА.

*Цель.* На основе изучения эпилептиформных рецидивов



алкоголизма разработать способы стабилизации ремиссии.

*Материал и методы.* 410 пациентов с рецидивом алкоголизма на фоне ремиссии (F 10.202) (средний возраст  $42,3 \pm 5,2$  лет) исследованы клиническим, патопсихологическим и статистическим методами.

*Результаты и обсуждение.* По особенностям рецидива заболевания 410 пациентов разделились на две группы. В первой группе из 342 (83,4%) лиц рецидив алкоголизации происходил на фоне роста ПВА и падения критики к болезни, а во второй группе из 68 (16,6%) пациентов, наоборот ( $p < 0,05$ ), на фоне осознания болезни и отсутствия ПВА, когда употребление алкоголя не планировалось, а рецидив происходил на фоне полного благополучия, внезапно. На наш взгляд, в таких случаях рецидив алкоголизма можно объяснить накоплением подпороговых изменений с последующей разрядкой (киндлинг) по типу эквивалентов эпилептических припадков в форме простого сумеречного состояния сознания (фуги, транса, реже амбулаторного автоматизма).

На основании выявленных закономерностей нами разработаны схемы вмешательства, практические рекомендации, включающие организационные, терапевтические (в том числе психотерапевтические, фармакологические, немедикаментозные) и социотерапевтические мероприятия.

## **Возможности ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой ( $^{18}\text{F}$ -ФДГ) в выявлении метаболических изменений у**

**пациентов  
с генерализованной идиопатической  
эпилепсией**

А.А. Станжевский, Н.А. Костеников, Н.А. Базарбаев,  
Ю.Р. Илющенко, М.В. Артемов

*Российский научный центр радиологии и хирургических  
технологий Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия*

Целью исследования явилось изучение возможностей ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ в выявлении метаболических изменений у пациентов с генерализованной идиопатической эпилепсией (ГИЭ).

*Материал и методы.* ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ выполняли 43 пациентам с различными формами ГИЭ. Проводили сопоставление полученных данных с результатами обследования группы контроля (30 человек). Анализ полученных данных осуществляли с помощью программного пакета SPM 2 с расчетом значений z-счета. Полученные данные сопоставляли с результатами ЭЭГ и МРТ.

*Результаты и их обсуждение.* Метаболические изменения наблюдались у 35 больных с ГИЭ (83,3%). Гипометаболизм в коре головного мозга и базальных ядрах наиболее часто выявлялся у пациентов с юношеской абсансной эпилепсией. У пациентов с этой формой заболевания в 90,0% случаях наблюдался гипометаболизм в области зрительных бугров. Нарушения метаболизма глюкозы локализовались также в теменно-затылочных областях (чаще билатераль-

но), а также в области латеральных отделов височных долей (билатерально). Чаще всего гипометаболизм носил мультифокальный характер (у 36 пациентов — в 85,7% случаях). У 11 пациентов (63,1%) с миоклонической формой ГИЭ отмечалось снижение метаболизма в области коры теменной доли. Сопоставление данных ПЭТ и клинической картины больных ГИЭ показало, что снижение метаболизма глюкозы в лобных долях положительно коррелировало с гипотонией и атаксией. Гипометаболизм в области медиальных отделов височных долей находился в прямой корреляции с множественными дельта-ритмами на ЭЭГ и в обратной — с наличием малых эпилептических припадков и миоклоний. Гипометаболизм в теменных долях находился в прямой зависимости с миоклоническими припадками.

Таким образом, ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ позволяет визуализировать зоны поражения в виде очагов гипометаболизма у пациентов с различными формами генерализованной идиопатической эпилепсии. При этом локализация выявленных изменений зависит от клинических симптомов заболевания.

### **Применение ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой ( $^{18}\text{F}$ -ФДГ) в диагностике локально-обусловленной эпилепсии височной доли**

А.А. Станжевский, Н.А. Базарбаев, Н.А. Костеников,  
А.В. Поздняков, М.В. Артемов, Ю.Р. Илющенко

*Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия*

Целью исследования явилось изучение возможностей ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ в диагностике локально-обусловленной эпилепсии височной доли.

*Материал и методы.* ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ выполнена 69 пациентам с локально-обусловленной эпилепсией височной доли. Для оценки метаболических изменений проводили сопоставление полученных данных с результатами группы контроля, включающей 30 человек без патологических изменений в коре головного мозга и базальных ядрах. Кроме того, всем пациентам осуществляли МРТ головного мозга. Для анализа полученных данных использовали программный пакет SPM2 с расчетом величин z-счета. Полученные данные сопоставляли с результатами ЭЭГ.

*Результаты и их обсуждение.* Анализ ПЭТ данных с помощью технологии SPM позволил выявить и локализовать метаболические изменения у большего числа пациентов с эпилепсией височной доли как на ранних стадиях патологического процесса, так и с хроническими формами этого заболевания по сравнению с другими методиками обработки изображений. При этом чувствительность метода составила 88,9%, специфичность — 96,0%, положительная предсказательная значимость — 92,3%, отрицательная прогностическая значимость — 94,1%. Выраженность гипометаболизма глюкозы в зоне эпилептического очага находилась в досто-

верной корреляционной зависимости от продолжительности заболевания и числа эпилептических припадков в анамнезе. Вероятно, это связано с более выраженной потерей нейронов в области поражения и нарушением существующих функциональных связей с нервными клетками других структур головного мозга у пациентов с более длительным и тяжелым клиническим течением заболевания.

Таким образом, ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ является эффективным методом диагностики эпилепсии височной доли, позволяющим с высокой точностью определить локализацию очага эпилептической активности и оценить прогноз заболевания.

## **Фармакорезистентная эпилепсия (факторы риска, качество жизни, оптимизация лечения)**

С.Д. Табулина, С.А. Громов

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

*Цель.* Выявление основных факторов риска развития фармакорезистентной эпилепсии (ФЭ) и разработка медикаментозных и нелекарственных методов лечения, позволяющих снизить частоту клинических проявлений заболевания.

*Материалы.* 65 пациентов, страдающих ФЭ, состоящих под наблюдением в отделении лечения психоневрологических больных эпилепсией СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

рева. Группу составили 28 мужчин (43%) и 37 женщин (57%) в возрасте от 15 до 54 лет. У большинства пациентов (47 человек, 72,8%) наблюдались частые полиморфные припадки. Локализационно-обусловленной формой эпилепсии страдали 53 пациента (81,5%), генерализованной — 12 (18,5%).

*Методы.* Клинический, нейровизуализационный, электроэнцефалографический, метод исследования качества жизни (русская версия опросника ВОЗ КЖ-100), шкалы для определения уровня тревоги и депрессии, статистический. Всем пациентам проводилось лечение с использованием двух или трех антиэпилептических препаратов (АЭП), один из которых — новейший. Назначалась вазоактивная, нейропротективная, витаминотерапия. Рациональная психотерапия проводилась 53 (81,5%) из наблюдаемых. Пациентам с признаками вегетативной дисфункции назначались курсы микрополяризации ганглиев солитарного сплетения. Эффективность лечения оценивали по степени регресса частоты припадков и данным контрольной электроэнцефалографии.

*Результаты и обсуждение.* В процессе терапии у 38 (58,5%) наблюдаемых было получено снижение частоты припадков на 75% и более, у 12 (18,5%) — на 50–75%, у 15 (23%) — менее чем на 50% (абсолютная фармакорезистентность). Анализ динамики КЖ показал статистически значимое улучшение, снизились уровни тревожности и депрессии.

Выделены основные факторы риска развития ФЭ, к которым относятся: несвоевременная диагностика и начало лечения заболевания, назначение неадекватной противосудорожной терапии, низкий комплаенс, наличие грубых органических изменений головного мозга, индивидуальная переносимость АЭП.

Таким образом, оптимизация АЭТ в сочетании с патогенетическим лечением и немедикаментозными методами терапии позволяет сократить число пациентов с ФЭ.

### **Функциональное состояние митохондрий у пациентов с эпилепсией, принимающих вальпроаты**

Н.В. Толстова, Е.В. Бородатая, О.П. Сидорова, В.Б. Смирнов,  
С.В. Котов, А.С. Котов, С.В. Петричук

*Кафедра неврологии ФУВ МОНКИИ, Москва, Россия*

*Цель.* Оценить изменение активности митохондрий у лиц с эпилепсией, принимающих вальпроаты (ВПА).

*Материалы и методы.* Обследовано 20 больных эпилепсией: 8 мужчин и 12 женщин (19–50 лет), принимающих ВПА. В группу контроля вошли 10 клинически здоровых лиц, не принимающих ВПА. Оценка активности митохондрий проводилась методом цитохимического анализа лимфоцитов по 4 ферментам: сукцинатдегидрогеназе (СДГ), лактатдегидрогеназе (ЛДГ), глутаматдегидрогеназе (ГДГ) и α-глицерофосфатдегидрогеназе (α-ГФДГ). Пяти пациентам с целью коррекции

ферментного статуса назначен цитофлавин сроком на 1 месяц.

*Результаты.* Средняя активность в основной группе составила (в условных единицах): СДГ —  $22,9 \pm 1,0$ ;  $\alpha$ -ГФДГ —  $8,1 \pm 0,5$ ; ЛДГ —  $18,4 \pm 0,7$ ; ГДГ —  $10,4 \pm 0,97$ ; в контрольной группе: СДГ —  $20,6 \pm 0,4$ ;  $\alpha$ -ГФДГ —  $8,1 \pm 0,4$ ; ЛДГ —  $15,6 \pm 1,1$ ; ГДГ —  $9,3 \pm 0,6$ . Значения СДГ и ЛДГ в основной группе достоверно повышены по сравнению с контрольной ( $p < 0,05$ ). Показатели ГДГ коррелируют с СДГ (в основной группе  $r = 0,56$ ; в контрольной —  $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ), а также с ГФДГ (в основной группе  $r = 0,62$ ; в контрольной —  $r = 0,85$ ;  $p < 0,05$ ). В контрольной группе корреляция ГДГ/ЛДГ и ГФДГ/ЛДГ обратная ( $r = -0,47$  и  $-0,4$  соответственно,  $p < 0,05$ ). У 3 пациентов из 5 отмечена нормализация ферментного статуса после приема цитофлавина (снижение значений СДГ и ЛДГ).

*Обсуждение.* Выявлено достоверное повышение СДГ и ЛДГ у больных эпилепсией по сравнению с контрольной группой. Определена тенденция к нормализации значений СДГ и ЛДГ у лиц с эпилепсией, принимающих ВПА, после приема цитофлавина.

## **Факторы провокации приступов у пациентов с фокальными эпилепсиями**

Н.В. Толстова, А.С. Котов, Н.А. Горохов

*Кафедра неврологии ФУВ МОНИКИ, Москва, Россия*



*Цель.* Проанализировать клинические и патогенетические особенности различных провокаторов приступов у взрослых больных с симптоматическими и криптогенными фокальными эпилепсиями (ФЭ).

*Материалы и методы.* Обследовано 536 пациентов с ФЭ. Выявлен 81 больной — 32 мужчины и 49 женщин в возрасте 18–66 лет, в возникновении эпилептических приступов у которых играют роль определенные провокаторы. Возраст дебюта составил 0–50 лет, длительность активной эпилепсии — 1–42 года. Обследование включало осмотр, рутинную ЭЭГ и/или ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ головного мозга. Катамнез сроком 1–5 лет (в среднем 3 года) отслежен у 67 больных. Всем пациентам назначена впервые или скорректирована текущая терапия антиэпилептическими препаратами (АЭП).

*Результаты.* Начало заболевания после воздействия провокатора отмечали 30 больных (37%). Провокаторы приступов в активной фазе заболевания наблюдались у 56 (69,1%) пациентов. Самым частым провокатором приступов в дебюте заболевания была лихорадка (13,6% пациентов), в активной фазе — снижение дозы или отмена препарата — (22,2% пациентов). Отмена АЭП провоцировала приступы у 11 (13,6%), снижение дозы — у 4 (4,9%), однократный пропуск АЭП — у 3 (3,7%) обследованных. С употреблением алкоголя возникновение приступов связывали 4 (4,9%), с недосыпанием — 5 (6,2%) больных. Связь приступов с гормональными изменениями (менструация, беременность, роды) отмечали 26 обследованных пациенток из 49.

*Обсуждение.* Основными провокаторами являются снижение дозы или отмена препарата, менструация, лихорадка, прием алкоголя и недосыпание.

## **Проблемы больных эпилепсией и пути их преодоления**

С.А. Трущелев

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия*

*Цель.* Проанализировать в зарубежных публикациях направления изучения проблем людей, страдающих эпилепсией.

*Материал и методы.* Объект — совокупность публикаций. Предмет — совершенствование медицинской помощи больным эпилепсией. Метод — контент-анализ. В базе данных Национальной медицинской библиотеки США по ключевым словам «epilepsy» и «stigma» обнаружено 200 научных сообщений.

*Результаты и обсуждение.* При анализе публикаций установлено, что в 67 сообщениях (33,5%) обсуждались проблемы пациентов, связанные с болезнью, в 41 сообщении (20,5%) — проблемы пациентов, связанные с побочным действием препаратов, в 20 публикациях (10,0%) — проблемы комплаенса. Встрешенность пациентов повышается после объявления им диагноза болезни, связана с необходимостью соблюдения особого образа жизни и социальными ограничениями (запрет на управление автомобилем, ограничение в

трудовой занятости, общественные предрассудки и социальная стигма, высокая стоимость лекарств). Эти ограничения определены в качестве важных у 48–60% больных. Социальная стигма — сложная проблема для 24–33% пациентов, длительная лекарственная зависимость — для 33%. Плохо знакомы с действием принимаемых лекарств 58% пациентов. В 3 публикациях отмечено, что недостаток информации испытывают 58–67% пациентов. В 8 публикациях отмечена важность информационно-разъяснительной работы.

*Заключение.* В преодолении проблем больных эпилепсией существенную роль может сыграть развитие систем информационной поддержки больных и их родственников. Необходимо развивать эту работу как медицинскую технологию и как форму клубной работы.

## **Эпилепсия и право на управление транспортом**

С.А. Трущелев

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия*

*Цель.* Провести обзор публикаций и выявить частоту дорожно-транспортных происшествий (ДТП) с участием водителей, страдающих эпилепсией.

*Материал и методы.* Объект — совокупность публикаций. Предмет — совершенствование медико-социальной помощи больным эпилепсией. В базе данных Национальной медицинской библиотеки США по ключевым словам

«epilepsy» и «driving» обнаружено 562 сообщения.

*Результаты и обсуждение.* Больные эпилепсией издавна ограничены в управлении транспортом, однако в последние десятилетия в этом отмечена либерализация. При изучении проблемы отмечено, что частота ДТП с участием водителей, страдающих эпилепсией, в США составляет 29–38%, в Германии — 30%. Риск ДТП при эпилепсии составил 1,9 от такового в общей популяции, при сердечно-сосудистых заболеваниях и диабете — 1,6 и 1,8. Сходные данные получены в Великобритании и Финляндии. В Бразилии, Греции, Индии, России, Японии ограничение наступает после первого приступа, в Канаде и США — на 3 месяца после приступа, в Германии — на 6 месяцев. Международное бюро эпилепсии совместно с другими организациями в 1994 году для больных эпилепсией разработали рекомендации по вождению автомобиля.

*Заключение.* Современные лекарства позволяют эффективно контролировать болезнь. В связи с этим необходимо пересмотреть законодательную норму и при отсутствии приступов в течение 6 месяцев, при условии регулярного приема лекарств и диспансерного наблюдения, больным можно разрешать управление легковым автомобилем.

## **Влияние патоморфонеурофизиологических отношений на биохимическую составляющую патогенеза височной эпилепсии**

С.К. Хоршев<sup>1</sup>, Е.А. Корсакова<sup>1</sup>, А.В. Поздняков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

<sup>2</sup>*Российский научный центр радиологии и хирургических  
технологий, Санкт-Петербург, Россия*

*Цель исследования.* Изучение особенностей локального церебрального метаболизма в зависимости от характера пространственных взаимоотношений морфологического и нейрофизиологического дефектов при разных формах височной эпилепсии (ВЭ).

*Материалы и методы.* Обследовано 45 пациентов 15–49 лет с диагнозом «ВЭ», в том числе ее медиобазальной формы (МБВЭ) — 26, неокортикальной (НКВЭ) — 19, с регистрируемыми у всех приступами и наличием морфологических изменений (атрофический, кистозный процесс, склероз гиппокампа, аномалии развития, церебральные кальцинаты и т. д.) в правой височной доле. Контрольная группа представлена 22 практически здоровыми волонтерами (ЗВ). Объективизация и локализация фокуса эпилептической активности осуществлялась методом рутинного электроэнцефалографического исследования, очага структурных изменений — магнитно-резонансной томографией (1,5 Т, Magnetom Vision, Siemens). Уровень концентрации основных церебральных метаболитов (ммоль/л), являющихся маркерами эпилептогенеза (N-ацетил-аспартата — NAA, креатинин — Cr, холин — Cho), определялся протонной магнитно-резонансной спектроскопией.

*Результаты и обсуждение.* Полученные нами данные показали, что в группе пациентов с МБВЭ в зоне полного сов-

падения локализации церебрального органического дефекта и очага эпилептической пароксизмальной активности отмечается наибольшее по отношению к группе с НКВЭ, статистически достоверное снижение уровня средних значений концентрации NAA ( $8,5 \pm 1,1$  — МБВЭ,  $10,6 \pm 1,2$  — НКВЭ) с одновременным нарастанием последних в случае Cho и Cr ( $28,2 \pm 1,2$  — Cho,  $15,6 \pm 1,3$  — Cr). Показательно, что за пределами локализации вышеуказанной зоны в височной доле регистрировалась меньшая динамика изменений анализируемых показателей, но с некоторым преобладанием в группе МБВЭ (МБВЭ: NAA —  $15,6 \pm 1,2$ , Cho —  $22,3 \pm 1,1$ , Cr —  $12,4 \pm 1,1$ ; НКВЭ: NAA —  $14,9 \pm 1,1$ , Cho —  $21,4 \pm 1,1$ , Cr —  $11,9 \pm 1,2$ ). У ЗВ уровень средних значений концентрации для височных долей NAA составлял  $18,3 \pm 1,2$ , Cho —  $18,1 \pm 1,3$ , Cr —  $10,7 \pm 1,1$ .

Проведенное исследование позволило установить, что при ВЭ зона топографической совместимости очага церебральных морфологических изменений с фокусом эпилептических пароксизмов сопровождается существенным нарастанием метаболической активности с наибольшей выраженностью последней при медиобазальной локализации патологического процесса.

## **Органическая энцефалопатия как фактор воздействия на церебральный метаболизм при эпилепсии**

С.К. Хоршев<sup>1</sup>, Е.А. Корсакова<sup>1</sup>, А.В. Поздняков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Российский научный центр радиологии и хирургических  
технологий, Санкт-Петербург, Россия

*Цель исследования.* Изучение влияния органической энцефалопатии (ОЭ) на биохимическую составляющую эпилептогенеза.

*Материалы и методы.* Клинический материал представлен 42 больными эпилепсией (Э) 16–68 лет с наличием ОЭ (n = 22) и с ее отсутствием (n = 19). Контрольная группа состояла из 14 практически здоровых волонтеров (ЗВ). Объективизация эпилептогенеза осуществлялась клинически, по наличию приступов, и методом рутинной электроэнцефалографии, органического очага — магнитно-резонансной томографией (1,5 Т, Magnetom Vision, Siemens). Уровень концентрации церебральных метаболитов (ммоль/л) определялся протонной магнитно-резонансной спектроскопией.

*Результаты и обсуждение.* Из выделенных в результате данного исследования церебральных метаболитов наибольший интерес представляли: N-ацетил-аспартат (NAA), избыточное содержание которого свидетельствует о нейрональной дисфункции; холин (Cho), являющийся индикатором процессов распада миелина; креатин (Cr), уровень которого отражает степень клеточной целостности. Оценка средних значений концентрации NAA показала их достоверное снижение у больных эпилепсией, причем в группе Э с ОЭ оно по сравнению с таковой у Э без ОЭ составило 1,3 раза ( $8,4 \pm 1,1$  — Э с ОЭ,

10,9 ± 1,1 — Э без ОЭ). Одновременно с этим у обследуемых группы Э с ОЭ отмечен рост средних значений концентрации Cho в 1,2 раза (19,3 ± 1,4 — Э с ОЭ, 16,1 ± 1,2 — Э без ОЭ) и Cr в 1,1 раза (22,3 ± 1,1 — Э с ОЭ, 20,2 ± 1,3 — Э без ОЭ). У ЗВ усредненный уровень последних для головного мозга у NAA — 14,5 ± 1,2, Cho — 18,1 ± 1,5, Cr — 14,2 ± 1,3. Частота встречаемости пониженных значений NAA в группе Э с ОЭ (86,4%) в 1,3 раза выше, чем в группе Э без ОЭ (68,4%). Выявляемость повышения концентраций Cho и Cr в группе Э с ОЭ регистрировалась чаще, чем в группе Э без ОЭ в 1,3 и 1,2 раза соответственно (Cho — 72,7%, Cr — 63,3% при Э с ОЭ; Cho — 57,9%, Cr — 52,7% при Э без ОЭ).

Таким образом, проведенное исследование показало, что наличие ОЭ у больного эпилепсией ведет к активации церебральных патобиохимических процессов, определяя при этом более агрессивное течение эпилептогенеза, проявленного в нарастании нейрональной и глиальной дисфункции, а также усилении деструкции миелина.

## **Эпилептические припадки у больных молодого возраста с гигантскими артериальными аневризмами церебральных сосудов**

Н.В. Шулешова, Т.М. Лачинова, А.В. Глухова, А.Ю. Смирнова

*СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия*

*Цель. Выявить особенности эпилептического синдрома*



у больных молодого возраста с гигантскими артериальными аневризмами сосудов мозга.

*Материалы и методы.* Обследованы 12 больных. Всем больным проводился неврологический осмотр, офтальмоскопия, ЭЭГ, доплерография или дуплексное сканирование сосудов мозга, КТ и/или МРТ головного мозга, 8 больным — МРА, 3 больным СКТ-ангиография.

*Результаты и обсуждение.* С 2000 по 2009 год наблюдались 12 больных с эпилептическим синдромом в возрасте 21–45 лет, у которых при обследовании были выявлены гигантские артериальные аневризмы, в том числе у одной больной — множественные (аневризма супраклиноидного отдела левой внутренней сонной (ВСА) и средней мозговой артерий (СМА), и у одной пациентки — сочетание артерио-венозной мальформации (АВМ) задней черепной ямки (ЗЧЯ) и артериальной аневризмы передней соединительной артерии (ПСА). Ранее у этих больных не наблюдалось зафиксированного в медицинских учреждениях внутрочерепного или субарахноидального кровоизлияния. У 5 пациентов аневризмы локализовались на СМА, у 3 — в области ВСА или передней мозговой — передней соединительной артерии (ПМА-ПСА) и у 4 — в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ). У одного больного с гигантской аневризмой начального сегмента правой СМА заболевание проявилось развитием серии парциальных моторных (джексоновских) приступов по геми-типу, завершившихся возникновением через

несколько часов центральной левосторонней гемиплегии в результате последующей ишемии структур мозга данного сосудистого бассейна. У остальных больных с аневризмами в области СМА припадки наблюдались в течение 5–8 лет и носили парциальный характер, отличаясь полиморфизмом (височные пароксизмы со слуховой, вегетативно-висцеральной или зрительной аурой). Приступы были редкими, возникали нерегулярно и часто сопровождалась головными болями. У больных с аневризмами ПМА-ПСА наблюдались первично-генерализованные припадки, у двух из них — в момент разрыва аневризмы и возникновения массивного церебро-субарахноидального кровоизлияния. Больные с гигантскими аневризмами в ВББ имели в анамнезе синкопальные бессудорожные состояния, приступы головокружения, и у двоих они дополнялись слуховыми или психопатологическими пароксизмами в течение нескольких лет. Больная 45 лет с сочетанной АВМ ЗЧЯ и аневризмой ПСА страдала обморочными состояниями и приступами дереализации с 15-летнего возраста. При неврологическом осмотре у большинства пациентов с аневризмами СМА и ПМА-ПСА очаговых неврологических расстройств выявлено не было, кроме больных с развившимися геморрагическими или ишемическими осложнениями, у больных с аневризмами и мальформациями в ВББ имелись признаки дисфункции черепных нервов. При офтальмоскопии у 3-х тяжелых больных выявлены застойные диски зрительных нервов, у 5 — при-

знаки ангиопатии сосудов сетчатки. На ЭЭГ определялись диффузные изменения биоэлектрической активности коры мозга, нередко с вовлечением стволовых структур мозга; эпилептическая активность в зоне аневризмы выявлена у 8 больных (лобные и медиобазальные височные отделы). Допплерография сосудов и дуплексное сканирование позволяли определить наличие спазма артерий мозга, и в ряде случаев — визуализировать гигантскую аневризму. Наиболее информативными были методы нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга), выявлявшие объемное образование мозга округлой формы без перифокального отека, а также МРА и СКТ-ангиография, позволявшие подтвердить сосудистый, а не опухолевый характер процесса.

## **Психологическая диагностика внутрисемейных отношений больных эпилепсией**

О.Н. Якунина

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Россия*

*Цель.* Экспериментальное изучение различных сторон внутрисемейных отношений взрослых больных эпилепсией.

*Материал и методы.* Обследовано 30 семейных больных эпилепсией с различными клиническими проявлениями заболевания. В качестве диагностического средства исполь-

зована Шкала семейного окружения (ШСО) в адаптации С.Ю. Куприянова (1985). Эта методика под названием Family Environmental Scale (FES) была предложена R.H. Moos (1974) и предназначена для оценки социального климата в семье и ценностных ориентаций ее членов, направления личностного роста.

*Результаты и обсуждение.* Проведенное исследование позволило обнаружить такие особенности внутрисемейных отношений у больных эпилепсией как высокий уровень конфликтности, высокая степень открытого выражения гнева и агрессии, низкий уровень сплоченности. Атмосфера в семьях больных эпилепсией порой недостаточно проникнута чувством заботы и взаимопомощи, выражением чувства доверия. В семьях больных эпилепсией реже выявляется ориентация на интеллектуально-культурные (ИКО) и эстетические ценности, а также на активный отдых (ОАО). Безусловно, эти особенности формируются под влиянием болезни, которая вносит ограничения в образ жизни семьи. Многие больные имеют ослабление когнитивных функций, что не позволяет достигнуть высокого уровня образования. Наличие приступов мешает в занятии спортом, некоторыми видами творческой деятельности. В семье больного более высок уровень контроля, возможна гиперопека, что тоже вытекает из особенностей заболевания. Наличие припадков у кого-либо из членов семьи держит в постоянном напряжении и волнении всю семью. Сами больные не склонны к рас-

торжению брака, даже при наличии определенных трудностей. Они стремятся к сохранению семьи, опасаясь, что в случае ее потери могут остаться одинокими. Полученные результаты раскрывают особенности микроклимата в семье и имеют значение для организации психокоррекционной работы с больным и его окружением.

## **Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии у взрослых в Республике Татарстан**

М.Р. Ярмухаметова

*Республиканская клиническая больница, Республика Татарстан*

В настоящее время в республике Татарстан на диспансерном учете у неврологов находятся 3202 пациентов (1491 женщин, 1711 мужчин). Отмечается преобладание симптоматических форм 1488 (46,5%) над предположительно симптоматическими 982 (30,7%) и идиопатическими — 730 (22,8%). На долю фокальных форм отводится 47,8% случаев, генерализованные формы составляют 52,2% случаев. Среди них инвалидами первой группы по эпилепсии являются 181 больных (5,6%), второй группы — 1300 больных (40,6%), третьей группы — 340 (10,7%), трудоустроены — 373 больных (11,7%), не работают — 1008 больных (31,4%). Первичная заболеваемость эпилепсией на 1000 взрослого населения в республике Татарстан (РТ) составила в 2000 году

0,23%, а 2008 — 0,3%. Распространенность эпилепсии на 1000 взрослого населения в РТ составила в 2000 году — 2,08%, а в 2008 — 2,9%. Учитывая рост первичной заболеваемости и распространенности эпилепсии среди взрослых в РТ целью данной работы явилось проведение клинко-статистических исследований взрослых больных эпилепсией в РТ. В исследование включено 344 пациента с эпилепсией (220 мужского пола и 124 женского пола со средним возрастом 30 лет и 27 лет соответственно) со средним стажем заболевания 8,5 лет. Диагноз был установлен на основании клинической картины приступов, данных электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Классификация эпилептических приступов и синдромов проводилось в соответствии с рекомендациями ILAE (проект классификации 2001 г.).

Анализ полученных данных показал преобладание симптоматических и предположительно симптоматических форм (72,8%) над идиопатическими (27,2%). На долю фокальных форм отводится 60% случаев, генерализованные формы составляют 40% случаев. Результаты проведенного анализа позволяют констатировать, что основными факторами риска эпилепсии у взрослых являются: ЧМТ — 41%, резидуальные органические состояния — 6,6%, пороки развития мозговых структур — 1%, последствия нейроинфекции — 2,5%, отягощенный наследственный анамнез — 1,5%, опухоли головного мозга — 10,1%, цереброваскулярная па-

тология — 10,1%, а в 27,2% случаев — остаются неизвестными. Из 144 пациентов с посттравматической эпилепсией (ПТЭ) сотрясение головного мозга (СГМ) перенесли 61%, многократное СГМ — 15,8%, ушиб головного мозга (УГМ) легкой степени — 10,5%, УГМ тяжелой степени с субдуральной гематомой — 5,7%, УГМ тяжелой степени с субарахноидальным кровоизлиянием — 4%, УГМ с эпидуральной гематомой — 3%.

При оценке неврологического статуса у 69% пациентов зарегистрированы отклонения следующего характера: симптомы поражения черепных нервов у 57% пациентов, негрубые парезы по гемитипу — 2,5%, грубые парезы по гемитипу — 0,83%, нарушения координационных функций — 4,2%, пирамидная недостаточность в ногах — 13,8%, левосторонняя пирамидная недостаточность — 1,71%, двусторонняя пирамидная недостаточность — 15,8%, легкий монопарез — 0,83%, левосторонняя гемигипестезия — 2,5%, нижний спастический умеренный парапарез — 0,83%.

При проведении МРТ головного мозга органические изменения головного мозга выявлены у 173 пациентов. Были выявлены: атрофические изменения — 32%, очаговые поражения ишемического характера — 9,2%, кистозного характера — 17,3%, глиозного характера — 6,3%, кистозно-глиозного характера — 11,1%, пороки развития структур головного мозга — 5,7%, внутренняя гидроцефалия — 15%, фокальная кортикальная дисплазия — 1,1%, опухоль голов-

ного мозга — 2,3%. У 49,7% пациентов при проведении МРТ головного мозга патологии не выявлено.

Всех больных обследовали в межприступном периоде. Оценка биоэлектрической активности головного мозга показала, что у 30,1% пациентов она находилась в пределах нормы. На фоне общемозговых нарушений 69,9% наблюдений были зафиксированы: очаговая epileptiformная активность (комплексы спайк-медленная волна, острые волны, острая — медленная волна) у 29,9% пациентов и генерализованная активность — 40% больных.

Из 3202 пациентов, находящихся на диспансерном учете у неврологов РТ: принимали фенобарбитал — 52%, препараты вальпроевой кислоты — 16%, карбамазепин — 7,9%, ламотриджин — 0,84%, топирамат — 0,59%, бензодиазепины — 0,53%, дифенин — 0,34%, этосуксимид — 0,06%. Из 584 пациентов (18,2%) получали политерапию: из двух препаратов — 534 (16,6%), из трех препаратов — 48 больных (1,45%), из четырех препаратов — 2 больных (0,06%) без учета фармакокинетических взаимодействий ПЭП и только 2,9% пациентов находились в ремиссии.

Результаты проведенного анализа позволяют констатировать, что основными факторами риска эпилепсии у взрослых являются: ЧМТ — 41%, резидуальные органические состояния — 6,6%, пороки развития мозговых структур — 1%, последствия нейроинфекции — 2,5%, отягощенный наследственный анамнез — 1,5%, опухоли головного мозга — 10,1%,



цереброваскулярная патология — 10,1%, а в 27,2% случаев — остаются неизвестными. Несмотря на существенную долю пациентов (100%) получающих ПЭП не было пациентов с ремиссией, что объясняется неадекватностью терапии — широким применением фенobarбитала, низкими дозами традиционных ПЭП — вальпроатов и карбамазепина и незначительным использованием препаратов нового поколения.

## Оглавление

Предисловие .....	1
Приветствие .....	8
Salutatory Address .....	11
<i>Е.В. Борисова, И.В. Ларина, И.В. Пашкова, М.Я. Киссин.</i> Сравнительная характеристика больных симптоматической эпилепсией в различных возрастных группах .....	14
<i>П.Н. Власов, М.В. Антонюк, Н.Д. Гаспарян.</i> Особенности эпилепсии у женщин в климактерии .....	16
<i>П.Н. Власов, Г.Р. Дрожжина, В.А. Петрухин, В.Л. Гришин, А.П. Мельников.</i> Особенности системы гемостаза у новорожденных, матери которых страдают эпилепсией.....	18
<i>П.Н. Власов, А.В. Червяков, С.В. Ураков, А.А. Солоха.</i> Сравнительный анализ характеристик феномена «дежа вю» у здоровых людей и у пациентов с глиальными опухолями головного мозга .....	19
<i>Р.Ф. Гасанов, И.В. Макаров.</i> Возрастная динамика патологических состояний, сопутствующих синдрому дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей при эпилепсии.....	21
<i>В.О. Генералов, Т.Р. Садыков, Ю.В. Казакова.</i> Механизмы развития мультифокальной эпилептической активности при лезиональной и нелезиональной эпилепсии у взрослых .....	24
<i>А.Л. Горелик, А.Г. Нарышкин, С.Д. Табулина, Т.А. Скоромец, В.А. Михайлов.</i> К вопросу о экстрацеребральных триггерных механизмах эпилептогенеза.....	26

<i>Н.А. Горохов, А.С. Котов, Н.В. Толстова.</i> Особенности течения заболевания у пациентов с посттравматической эпилепсией ...	28
<i>Н.А. Горохов, Н.В. Толстова, А.С. Котов.</i> Клинические особенности эпилепсии у пожилых пациентов.....	29
<i>С.А. Громов, С.А. Коровина.</i> Фармакоэкономические аспекты лечения эпилепсии традиционными и новыми антиконвульсантами .....	31
<i>С.А. Громов, В.Е. Машукова.</i> Клинико-психологическая диагностика начальных изменений личности у больных в инициальном периоде заболеваний .....	32
<i>С.А. Громов, О.Н. Якунина.</i> Особенности тактики психологической диагностики и коррекции на разных стадиях лечебного процесса при эпилепсии .....	35
<i>А.Е. Дубенко.</i> Ятрогения в практике специалиста-эпилептолога.....	37
<i>К.А. Зиньковский, Л.О. Мусина, Н.В. Коплунова.</i> Некоторые особенности содержания мембранных фосфолипидов у больных эпилепсией.....	39
<i>Г.В. Калмыкова.</i> Опыт дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний различного генеза с помощью ЭЭГ-видеомониторинга у детей раннего возраста .....	40
<i>А.С. Котов, А.М. Руденко.</i> Клинические проявления височных эпилепсий у взрослых.....	44
<i>А.С. Котов, Н.В. Толстова, Н.А. Горохов.</i> Клинические и социальные аспекты некомплаентности лиц, страдающих эпилепсией.....	45
<i>А.С. Котов, Н.В. Толстова, Н.А. Горохов.</i> Особенности течения нелокализованных фокальных эпилепсий .....	47

<i>А.С. Котов, Н.В. Толстова, Н.А. Горохов.</i> Течение теменных эпилепсий у взрослых.....	48
<i>И.П. Лалин.</i> Нейрокинуренины (НЕКИ) в генезе эпилепсии (ЭПИ).....	50
<i>Л.В. Липатова.</i> Иммунопатологические синдромы у больных эпилепсией.....	51
<i>Е.В. Малинина.</i> Социальные факторы риска психических расстройств при эпилепсии в детском возрасте.....	55
<i>Н.Г. Незнанов, С.А. Громов, Н.В. Семенова.</i> К изучению эпидемиологии эпилепсии с психическими расстройствами (по материалам Ленинградской области) .....	57
<i>Н.Г. Незнанов, Н.В. Семенова.</i> Исследование заболеваемости и распространенности психических расстройств при эпилепсии в Ленинградской области.....	60
<i>Н.А. Овсянникова, Н.М. Жулев, А.Л. Арьев.</i> Данные ЭЭГ-исследования у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на заместительной терапии.....	63
<i>Н.В. Орехова, А.В. Бугун, П.Н. Власов.</i> Фармакоэкономический анализ «стоимость–эффективность» в оценке результативности лечения эпилепсии у взрослых.....	65
<i>В.Г. Помников, Т.К. Муртазина.</i> Показатели первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста с эпилепсией в Тюменской области.....	67
<i>В.Г. Помников, Т.Г. Муртазина.</i> Профессиональная реабилитация у лиц трудоспособного возраста с эпилепсией в Тюменской области.....	69

<i>А.М. Руденко, А.С. Котов.</i> Клинические особенности лобных эпилепсий у взрослых .....	71
<i>И.М. Сквиря.</i> Значение эквивалентов эпилептических припадков в генезе рецидивов алкоголизма.....	72
<i>А.А. Станжевский, Н.А. Костеников, Н.А. Базарбаев, Ю.Р. Илющенко, М.В. Артемов.</i> Возможности ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой ( <sup>18</sup> F-ФДГ) в выявлении метаболических изменений у пациентов с генерализованной идиопатической эпилепсией.....	73
<i>А.А. Станжевский, Н.А. Базарбаев, Н.А. Костеников, А.В. Поздняков, М.В. Артемов, Ю.Р. Илющенко.</i> Применение ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой ( <sup>18</sup> F-ФДГ) в диагностике локально-обусловленной эпилепсии височной доли.....	75
<i>С.Д. Табулина, С.А. Громов.</i> Фармакорезистентная эпилепсия (факторы риска, качество жизни, оптимизация лечения) .....	77
<i>Н.В. Толстова, Е.В. Бородатая, О.П. Сидорова, В.Б. Смирнов, С.В. Котов, А.С. Котов, С.В. Петричук.</i> Функциональное состояние митохондрий у пациентов с эпилепсией, принимающих вальпроаты .....	79
<i>Н.В. Толстова, А.С. Котов, Н.А. Горохов.</i> Факторы провокации приступов у пациентов с фокальными эпилепсиями.....	80
<i>С.А. Трущелев.</i> Проблемы больных эпилепсией и пути их преодоления .....	82
<i>С.А. Трущелев.</i> Эпилепсия и право на управление транспортом.....	83
<i>С.К. Хоршев, Е.А. Корсакова, А.В. Поздняков.</i> Влияние патоморфонеуробиологических отношений на биохимическую составляющую патогенеза височной эпилепсии.....	84

<i>С.К. Хоршев, Е.А. Корсакова, А.В. Поздняков.</i> Органическая энцефалопатия как фактор воздействия на церебральный метаболизм при эпилепсии.....	86
<i>Н.В. Шулешова, Т.М. Лачинова, А.В. Глухова, А.Ю. Смирнова.</i> Эпилептические припадки у больных молодого возраста с гигантскими артериальными аневризмами церебральных сосудов .....	88
<i>О.Н. Якунина.</i> Психологическая диагностика внутрисемейных отношений больных эпилепсией .....	91
<i>М.Р. Ярмухаметова.</i> Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии у взрослых в Республике Татарстан .....	93

Научное издание

Российская эпилептология в современном мире  
(к 100-летию Российской противэпилептической лиги):  
материалы конгресса с международным участием,  
Санкт-Петербург, 17–19 февраля 2010 г. — СПб.: СПб НИПНИ  
им. В.М. Бехтерева, 2010. — 101 с.

Редактор: И.В. Стефанович

Дизайн и верстка: Г.В. Осадчий, В.Ю. Шувалова

Подписано в печать 04.02.2010. Формат 60 x 84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.

Заказ № 17/10. Тираж 200 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, тел. 365-20-80