

Концепция функциональных зон коры головного мозга при эпилепсии

Прокудин М.Ю., Мартынов Б.В., Скиба Я.Б., Гаврилюк Б.Л.

Клиника нервных болезней им. М.И. Аствацатурова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Фармакорезистентность при эпилепсии до настоящего времени остается актуальной проблемой. В связи с этим в мире уже созданы и создаются вновь высокоспециализированные центры, в которых пациентам предлагается хирургическое лечение. Этому способствует и новое определение фармакорезистентности эпилепсии, предложенное Международной лигой по борьбе с эпилепсией (2010), под которым понимается недостаточная эффективность терапии двумя корректно подобранными антиэпилептическими препаратами как в режиме монотерапии, так и в их сочетании. Опираясь на концепцию функциональных зон коры головного мозга, предложенную L. ders H.O. с соавт. (1992), мы можем на основании клинической оценки приступа предположить локализацию симптомагенной зоны коры го-

лового мозга, сопоставить ее по локализации и распространенности с эпилептогенным очагом; оценить информативность и провести сравнительный анализ нейрофизиологических методов исследования в межприступный период (зона раздражения) и при регистрации приступа (зона начала приступа); поставить вопрос, является ли данное структурное поражение головного мозга эпилептогенным; на основании фМРТ, психофизиологического тестирования других методов определить функционально активные области коры головного мозга. Таким образом, возможно определить целесообразность оперативного вмешательства и достигнуть его конечной цели – удаления эпилептогенного очага с прекращением приступов при минимальном неврологическом дефиците.

Эпилептический статус. Лечение приступов эпилепсии у труднокурабельных пациентов

Александров Ю.А.¹, Ларионов С.Н.², Хайкина Е.Б.²,
Ильина А.Б.¹, Пуляевская Е.К.²

¹ МАУЗ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск;

² ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

Целью данного исследования являлось изучение особенностей клинического течения и терапии впервые возникшего рефрактерного эпилептического статуса (ВВРЭС) у детей. Под нашим наблюдением было трое детей в возрасте от 12 мес. до 7 лет, средний возраст составил 3 года, из них двое мальчиков и одна девочка. В продромальном периоде перед ВВРЭС у всех детей отмечено наличие респираторной инфекции с фебрильной лихорадкой.

До настоящего заболевания у всех детей ранее приступов не отмечалось. Проведенная МРТ и МСКТ головного мозга патологии не выявила. При проведении первичной электроэнцефалографии у всех детей отмечена фокальная эпилептиформная активность с вторичной генерализацией. Лечение эпилептического статуса было на основе действующих протоколов [Jawed et al., 1986; Appleton et al., 1995]. В качестве наркоза использовали тиопентал натрия или пропо-

фол. У одного ребенка отмечено осложнение на тиопенталовый наркоз в виде артериальной гипотензии и острой почечной недостаточности. Продолжительность ВВРЭС у трех детей составила 7, 13 дней и 2 дня соответственно. В одном случае ВВРЭС прекратился на фоне тио- и бпенатолового наркоза. В двух других ВВРЭС прекратился после проведения курса пульс-терапии метипредом в течение от 3 до 5 сут. в суточ-

ной дозе от 500 до 750 мг, в дальнейшем терапия метипредом у них была продолжена перорально в суточной дозе 1 мг/кг/сут. в течение 1,5 мес. Летальных случаев не было. Все пациенты в настоящее время получают политерапию: леветирацетам и вальпроат в средних терапевтических дозах. Степень выраженности когнитивных и двигательных нарушений зависела от длительности ВВРЭС.

Постморбидные состояния при эпилепсии

Четвериков Д.В.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодников», Омск

Актуальной тенденцией современной медицины является системный подход к патологии, где болезнь, особенно хроническая, рассматривается как неотъемлемый компонент системы отношений «человек – среда», в которой формируется широчайший спектр пре- и коморбидных (экстра- и интранозологических) состояний. До недавнего времени практически все хронические заболевания априорно рассматривались как фатальные состояния, заканчивающиеся, в лучшем случае стойкой ремиссией с тем или иным уровнем пораженных органов и систем. Увеличение продолжительности жизни и несомненные успехи в лечебно-реабилитационных интервенциях дали возможность рассматривать последствия некоторых хронических состояний в несколько ином, более оптимистичном, аспекте. Однако воздействие разнообразных патологических факторов, вовлеченность в нозологию биологических, психологических и социальных воздействий не могут не повлиять на дальнейшее развитие человека и как биологического объекта, и как субъекта психосоциальных отношений.

В связи с вышеизложенным актуализируется проблема постморбидных состояний, то есть, по нашему мнению, биопсихосоциальных феноменов патологического и непатологического характера, которые возникают у человека, долгое время страдавшего определенной нозологической формой, признаки которой актуально не определяются. Формат данного сообщения не позволяет разграничить постморбидные и ремиссионные состояния при психических

заболеваниях, дифференциальной диагностике которых планируется посвятить цикл научных работ.

Остановимся на тех нарушениях, которые выявлены у больных, ранее страдавших эпилепсией. Многие формы данного заболевания при своевременной диагностике и качественном лечении современными антиконвульсантами претерпели значительный патоморфоз, вектор которого в целом направлен на урежение пароксизмальных проявлений, коррекцию личностных и когнитивных расстройств, психосоциальное восстановление и развитие. Вследствие этого происходит увеличение количества «бывших» больных эпилепсией. Мы наблюдали 47 пациентов 18-44 лет, у которых долгое время не выявляется судорожной симптоматики, а личностные особенности представлены негрубым своеобразием, которое не только не мешало психосоциальной адаптации, а подчас, в силу гиперсоциального вектора – является фактором социальной успешности. Для включения в группу использовались следующие критерии: наличие эпилептической болезни в анамнезе, длительный период без верифицированных пароксизмов (5-12 лет), начало приступов в 10-18 лет, приступы не чаще 1 раза в 3 мес., своевременное качественное лечение, длительность приема АЭП не менее 3 лет с момента последнего приступа, социальная стабильность, отсутствие инвалидности, сохранность интеллектуально-мнестических функций, отсутствие данных о специфике эпилепсии (пациенты лечились у неврологов), в 65% случаев – диссимуляция эпилептического анамнеза, анозогнозия.