

Содержание

Статьи

Факторы риска судорожных приступов в остром периоде инсульта

И. Г. Рудакова, Е. Ю. Дьячкова, И. Г. Колчу 4-6

Фармакорезистентные эпилепсии, ассоциированные с кортикальными дисплазиями

И. Е. Повереннова, Т. В. Кузнецова 7-11

Влияние лекарственной формы препарата на лечение эпилепсии

С. Г. Бурд 12-19

Эпилепсия и аутизм. Данные собственного исследования

К. В. Воронкова, О. А. Пылаева, А. А. Холин, Г. С. Голосная, Т. В. Ананьева, А. С. Петрухин 19-23

Эпилептические спазмы: нозологическая характеристика и подходы к терапии

М. Б. Миронов, К. Ю. Мухин 23-28

Коморбидность тиков и эпилепсии у детей и подростков

Н. А. Ермоленко, А. Ю. Ермаков, Е. И. Захарова, И. А. Бучнева, Т. И. Каликина 29-32

Клиническая эволюция эпилептических приступов у детей с перинатальной патологией мозга

Е. А. Морозова, Д. В. Морозов, В. А. Карлов 33-38

Эффективность и переносимость пролонгированного вальпроата натрия (Депакин®Хроносфератм) как препарата первого выбора в лечении эпилепсии у взрослых

Е. Д. Белоусова, Г. Н. Авакян 38-44

Влияние антиэпилептических препаратов на когнитивные функции

А. С. Котов 45-51

И.Г. Рудакова, Е.Ю. Дьячкова, И.Г. Колчу
ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва

Факторы риска судорожных приступов в остром периоде инсульта

Инсульт — одна из основных причин эпилепсии взрослых. Проведено скрининговое исследование, посвященное изучению факторов риска ранних и поздних постинсультных эпилептических припадков. Обследовано 300 больных 41–94 лет. Изучались данные анамнеза и нейровизуализации. Показано, что риск ранних эпилептических припадков возрастает при геморрагическом инсульте, кардиоэмболическом ишемическом инсульте, сочетании мерцательной аритмии с артериальной гипертензией, длительной нейрометаболической терапии, предшествующей инсульту, сахарном диабете.

Ключевые слова: инсульт, эпилепсия, ранние припадки, поздние припадки.

Контакты: Ирина Геннадьевна Рудакова i.g.rudakova@yandex.ru

Risk of epileptic seizures onset during acute period of stroke

I.G. Rudakova, E.Yu. Djachkova, I.G. Kolchu

Moscow Regional Scientific Clinical Institute name after M.F. Vladimirsky, Moscow

Stroke is one of the chief cause adults epilepsy. Screening study was performed. Risk factors of early and late after stroke epileptic seizures was studied. It were included 300 patient with different types of stroke, et the age of 41–94. Data of medical history and brain imaging were studied.

Results of research were showed: risk of early seizures increase by patients with hemorrhagic stroke, with heart embolic type of ischemic stroke, with combination of cardiac fibrillation and arterial hypertension, with long-term stroke preceded neurometabolic therapy, with diabetes mellitus.

Key words: stroke, epilepsy, early seizures, late seizures.

Contact: Irina Gennadyevna Rudakova i.g.rudakova@yandex.ru

Распространенность эпилепсии составляет от 1,5 до 31 случая на 1000 населения, заболеваемость — от 11 до 134 случаев на 100 тыс. населения. Второй пик заболеваемости эпилепсией после детства приходится на пожилых в связи с ростом среди них частоты хронической ишемии мозга (ХИМ) и инсульта. Риск развития эпилепсии у лиц старше 70 лет даже выше, чем в первые 10 лет жизни [1, 2].

По данным эпидемиологических исследований последних лет, частота эпилепсии у пациентов старше 60 лет в 1986 г. достигла 104, а в 1990 г. — 127,2 случая на 100 тыс. населения. Это связано с увеличением в популяции численности лиц старших возрастных групп, а также с ростом распространенности цереброваскулярной патологии, которая является одним из ведущих факторов риска эпилепсии у пожилых больных [2]. По данным Международной противоэпилептической лиги, в общей структуре причин симптоматической локально обусловленной эпилепсии сосудистые заболевания головного мозга составляют 6–8%. Распространенность этой эпилепсии увеличивается с 15 случаев (после 50 лет) до 45–50 (после 60–75 лет) случаев на 100 тыс. населения [3].

Среди пациентов с цереброваскулярной патологией, страдающих эпилепсией, в 27% случаев отмечена связь этого заболевания с перенесенным инсультом, у остальных — с признаками ХИМ, проявляющейся «немыми» инсультами в бассейне кровоснабжения преимущественно средней мозговой артерии, гиподенсивными очагами полушарной локализации [4].

Как известно, сахарный диабет (СД) занимает одну из ведущих позиций среди причин ХИМ и инсульта. В то же

время СД отводится одно из центральных мест среди факторов риска инсульта. Между тем до настоящего времени вопрос о влиянии СД на частоту развития постинсультной эпилепсии остается открытым. По данным некоторых авторов, эпилептические припадки при СД встречаются в 2 раза чаще, чем у лиц с нормальным углеводным обменом. Другие свидетельствуют об отсутствии влияния СД на частоту развития эпилепсии.

Ранние постинсультные припадки (РП), возникающие в первые 7 сут инсульта, развиваются вследствие цитотоксических и метаболических нарушений в очаге ишемии, их воздействия на сохранные функционирующие нейроны, в которых формируются критические деполаризационные сдвиги и разрядная активность, и прекращаются сразу после стабилизации метаболических процессов [5]. Определенную роль чаще в качестве предикторов нарушения активности противоэпилептических систем играют вторичные изменения: выраженность отека и полнокровия, фактор внезапности [6]. В основе поздних постинсультных припадков (ПП) лежат аналогичные патогенетические механизмы, однако они чаще являются результатом спонтанной активности поврежденных нейронов, расположенных в зоне, прилежащей к постишемической кисте, глиозу или корковой атрофии. Они возникают в пределах от 1 мес до 1 года (иногда позже) после цереброваскулярной катастрофы и нередко указывают на дебют постинсультной эпилепсии (ПИЭ).

Как РП, так и ПП значительно ухудшают прогноз, увеличивают риск смерти и инвалидизации при инсульте [1]. Различные аспекты соотношения РП и ПП у больных с инсультом, факторы риска их возникновения и прогностическая

значимость в настоящее время являются предметом активного изучения.

Проведено исследование, целью которого было выявление факторов риска развития судорожных приступов в остром периоде инсульта.

Пациенты и методы. Обследовано 300 пациентов (150 мужчин и 150 женщин), поступивших в остром периоде инсульта в сосудистое неврологическое отделение городской клинической больницы г. Мытищи Московской области в 2008–2009 гг. Всем больным было проведено обследование, включающее изучение неврологического статуса, анамнеза заболевания, в том числе сопутствующей патологии, предшествующей терапии и данных нейровизуализации (КТ и/или МРТ головного мозга), выполненной в первые дни заболевания.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 223 больных, у которых в остром периоде инсульта отсутствовали эпилептические припадки. Среди них 120 (53,8%) женщин и 103 (46,2%) мужчины в возрасте от 41 до 94 лет, средний возраст – $67,6 \pm 0,75$ года). 2-ю группу составило 77 пациентов в остром периоде инсульта, у которых наблюдались как РП, так и ПП. Среди них 30 (39%) женщин и 47 (61%) мужчин в возрасте от 45 до 88 лет, в среднем $66 \pm 1,2$ года).

В 1-й группе ишемический инсульт (ИИ) диагностирован у 186 (83,4%) больных, из них у 130 (69,9%) – первичный, у 56 (30,1%) – повторный; геморрагический инсульт (ГИ) наблюдался у 37 (16,6%) человек, из них у 28 (75,7%) – первичный, у 9 (24,3%) – повторный. Во 2-й группе ИИ диагностирован у 51 (66,2%) больных, из них первичный – у 14 (27,5%), повторный – у 47 (72,5%). ГИ выявлен у 26 (33,8%) пациентов, из них у 24 (92,3%) – первичный, у 2 (7,7%) – повторный (табл. 1).

Таким образом, в 1-й группе больных с ИИ достоверно чаще встречались первичные инсульты ($p=0,02$) в отличие от пациентов 2-й группы, у которых повторный инсульт регистрировался в 2 раза чаще. У больных ГИ с эпилептическими припадками в остром периоде достоверно чаще встречался первичный инсульт ($p=0,01$).

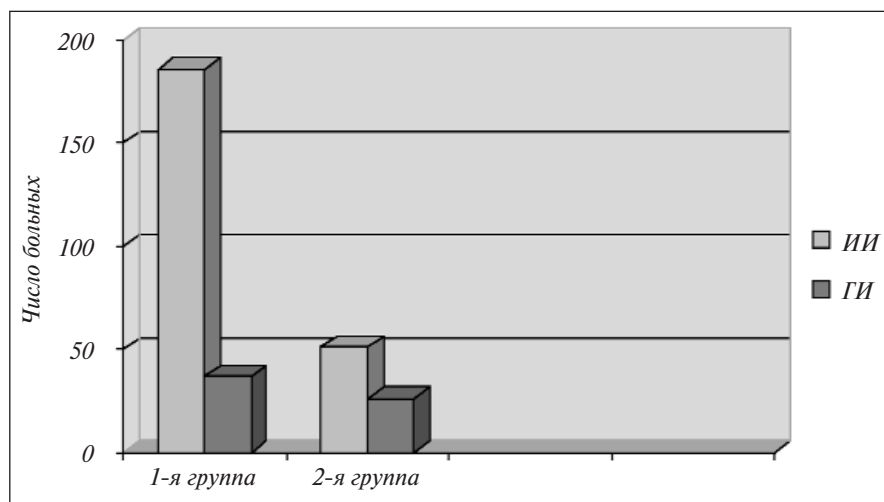
В 1-й группе было достоверно больше пациентов с ИИ, чем с ГИ, в отличие от 2-й группы, в которой эта разница была незначимой ($p=0,006$; см. рисунок).

В соответствии с патогенетическим вариантом развития (классификация TOAST) ИИ был классифицирован на 5 подтипов: атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, ИИ другой редкой этиологии, ИИ неизвестной этиологии (табл. 2) [7].

Таблица 1. Распределение больных по типу и повторяемости инсульта

Тип инсульта	1-я группа (n=223)		2-я группа (n=77)	
ИИ	186 (83,4)		51 (66,2)	
	первичный 130 (69,9)	повторный 56 (30,1)	первичный 14 (27,5)	повторный 37 (72,5)
ГИ	37 (16,6)		26 (33,8)	
	первичный 28 (75,7)	повторный 9 (24,3)	первичный 24 (92,3)	повторный 2 (7,7)

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: в скобках – показатели в процентах.



Сравнительная характеристика двух групп по типу инсульта

Таблица 2. Подтипы ишемического инсульта (по классификации TOAST)

Подтипы ИИ	1-я группа (n=186)	2-я группа (n=51)
Атеротромботический	65 (34,9)	7 (13,7)
Кардиоэмболический	32 (17,2)	25 (49)
Неизвестной этиологии	57 (30,6)	14 (27,5)
Лакунарный	28 (15,1)	4 (7,8)
Другой этиологии	4 (2,2)	1 (2)

В 1-й группе достоверно чаще встречались атеротромботический ИИ ($n=65$ (34,9%), $p=0,02$) и ИИ неизвестной этиологии ($n=57$ (30,6%), $p=0,01$), во 2-й группе – кардиоэмболический ИИ ($n=25$ (49%), $p=0,01$).

Проведен групповой анализ факторов риска развития ИИ, к которым относились артериальная гипертензия (АГ), предшествующие инсульту транзиторные ишемические атаки (ТИА), ишемическая болезнь сердца (ИБС), перенесенный инфаркт миокарда (ПИКС), нарушение сердечного ритма в форме мерцательной аритмии (МА), наличие атеросклероза сосудов (АС), алкоголизм (АЛК) и сахарный диабет (СД) в анамнезе (табл. 3).

При анализе возможных факторов риска возникновения эпилептических приступов отмечено, что у больных с ИИ достоверно чаще встречались МА ($n=25$ (49%), $p=0,01$) и предшествующие инсульту ТИА ($n=13$ (25,5%) $p=0,025$).