

В.И. Гузева, О.Н. Быкова,
В.В. Гузева, О.В. Гузева

Особенности течения постинсультной эпилепсии

Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Резюме. Проведена оценка неврологического, соматического статусов и когнитивных функций у пациентов, перенесших ишемический инсульт и имеющих симптоматическую эпилепсию. Выявлено, что у большинства пациентов постинсультная эпилепсия дебютирует в ранний и поздний восстановительные периоды ишемического инсульта и имеет парциальный характер приступов. Парциальные приступы чаще указывали на локализацию очага ишемического инсульта. К одним из тяжелых последствий у больных с ишемическим инсультом и симптоматической эпилепсией можно отнести когнитивные расстройства, которые у пациентов с перенесенным ишемическим инсультом и симптоматической эпилепсией отличаются рядом особенностей. Степень тяжести когнитивных нарушений варьирует от легких когнитивных нарушений до умеренной деменции. Наиболее чувствительными шкалами для оценки тяжести когнитивных нарушений и деменции являются краткая шкала оценки психического статуса и клиническая рейтинговая шкала деменции, менее информативны – батарея лобных тестов.

Ключевые слова: эпилепсия, распространенность, приступ, ишемический инсульт, когнитивные функции, дебют, очаг, локализация, восстановительный период.

Введение. Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями (определение ВОЗ). Цереброваскулярные заболевания – один из самых частых факторов риска развития симптоматической эпилепсии. Наиболее крупное исследование по этой теме в нашей стране было проведено Э.С. Прохоровой [3], которая, проанализировав большой материал (26000 случаев), показала, что при ишемическом инсульте эпилептические приступы констатированы у 10712 (4,12%) пациентов.

По данным А.Б. Гехт с соавт. [2], в российской популяции частота развития постинсультной эпилепсии составляет около 9,6%. У 6% пациентов эпилептические приступы развились в течение первой недели от перенесенного ишемического инсульта. В восстановительный период приступы зарегистрированы у 60% пациентов. Средняя частота сосудистой эпилепсии составила 4,2% случаев, что сопоставимо с результатами исследований, проведенных в Норвегии и Великобритании. Авторы отметили, что развитие эпилептических приступов оказывало негативное влияние на течение восстановительного периода инсульта, предрасполагало к сохранению тяжести неврологического дефицита, низким показателям выживаемости и риску развития повторного инсульта в течение двух лет после первичного инсульта [1, 2].

В настоящее время в большинстве стран мира используется классификация G. Barolin, E. Scherzer [5], которые предложили деление эпилептических

припадков при цереброваскулярной патологии в зависимости от их начала по отношению к развитию инсульта. Припадки-предвестники развиваются до инсульта при наличии цереброваскулярной болезни и являются частым проявлением преходящего нарушения мозгового кровообращения или проявлением так называемого «немного» инсульта, который не сопровождается выраженным неврологическим дефицитом и в дальнейшем диагностируется ретроспективно по данным магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии. Ранние эпилептические припадки появляются в течение первых 7 суток развития инсульта. Под поздними припадками подразумевают развитие эпилептических приступов спустя 7 суток и более от развития инсульта [3, 4, 6].

Таким образом, эпилептические приступы у больных с перенесенным ишемическим инсультом отличаются рядом особенностей, однако исследования по этой проблеме немногочисленны и противоречивы.

Цель исследования. Изучение особенностей течения эпилептических приступов после перенесенного ишемического инсульта.

Материалы и методы. В исследование включены 24 пациента (10 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 60 до 70 лет, перенесших ишемический инсульт и имеющих симптоматическую эпилепсию. Срок от момента ишемического инсульта 13 ± 5 месяцев. Когнитивные функции оценивались по общепринятым методикам [5].

Статистическая обработка производилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ SPSS 11.5, Statistica 6.0, достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что правосторонняя пирамидная симптоматика в виде нижнего монопареза выявлена у 5 (20,8%) пациентов, Левосторонняя пирамидная симптоматика в виде нижнего монопареза выявлена у 19 (79,2%) больных. Левостороннюю мозжечковую недостаточность в виде интенционного тремора и мимопадания при выполнении пальцемолоточковой и коленно-пяточных проб диагностировали у 4 (16,7%) пациентов. Нарушение поверхностной чувствительности выявлено у 3 (12,6%) пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Результаты неврологического осмотра абс. (%)

Показатель	Количество пациентов
Правосторонний нижний монопарез 3,5–4,5 балла	5 (20,8)
Левосторонняя мозжечковая симптоматика	4 (16,7)
Левосторонняя пирамидная симптоматика в виде нижнего монопареза до 3,5 баллов	19 (79,2)
Выпадение поверхностной чувствительности	3 (12,6)

Ишемический инсульт в левой среднемозговой артерии (ЛВСА) диагностирован у 7 (29,2%) пациентов (из них 5 (20,8%) женщин и 2 (8,4%) мужчин). Ишемический инсульт в бассейне правой среднемозговой артерии (ПВСА) констатирован у 7 (29,2%) пациентов (из них 4 (16,6%) женщин и 3 (12,6%) мужчин). Инсульт в вертебробазилярном бассейне (ВББ) диагностирован у 10 (41,6%) пациентов (из них 5 (20,8%) женщин и 5 (20,8%) мужчин), таблица 2.

Таблица 2

Результаты нейровизуализационного обследования абс. (%)

Локализация очага ишемического инсульта, бассейн:	Женщины	Мужчины	Всего пациентов
ЛВСА	5 (20,8)	2 (8,4)	7 (29,2)
ПВСА	4 (16,6)	3 (12,6)	7 (29,2)
ВББ	5 (20,8)	5 (20,8)	10 (41,6)

По данным электроэнцефалографии эпилептическая активность в правой теменно-затылочной области зарегистрирована у 2 (8,4%) пациентов. При этом длительность ремиссии приступов составила 4 ± 2 месяца. Распределение больных в зависимости от локализации перенесенного ишемического инсульта и дебюта эпилептических приступов представлено в таблице 3.

Выявлено, что эпилептические приступы дебютировали в ранний и поздний восстановительные периоды ишемического инсульта. Чаще всего преобладали парциальные эпилептические приступы – 14 (58,3%) пациентов. Парциальные приступы с вторичной генерализацией наблюдались у 8 (33,3%) пациентов. Ге-

Таблица 3

Сроки дебюта эпилептических приступов в различных сосудистых бассейнах

Бассейн	Срок от момента появления эпилептических приступов, мес.
ЛВСА	5 ± 2
ПВСА	7 ± 3
ВББ	9 ± 2

нерализованные приступы констатированы у 2 (8,4%) пациентов (табл. 4).

Таблица 4

Распределения пациентов в зависимости от вида эпилептических приступов, абс. (%)

Вид эпилептических приступов	Количество приступов
Парциальные с вторичной генерализацией	8 (33,3)
Парциальные приступы	14 (58,3)
Генерализованные приступы	2 (8,4)

В бассейне ЛВСА парциальные приступы констатированы у 4 (16,6%) больных, генерализованные у 2 (8,4%) парциальные с вторичной генерализацией – 4 (16,6%) пациентов. В бассейне ПВСА парциальные приступы выявлены у 10 (41,6%) больных, парциальные с вторичной генерализацией – у 2 (8,4%). В ВББ преобладали парциальные приступы с вторичной генерализацией – 2 (8,4%), рисунок.

По краткой шкале оценки психического статуса установлено, что суммарный балл когнитивных функций у больных с очагом ишемического инсульта во всех трех бассейнах соответствует деменции умеренной степени выраженности. По батарее лобных тестов у больных с очагом ишемического инсульта в бассейне ЛВСА преобладает деменция лобного типа, а в бассейнах ПВСА и ВББ – легкие когнитивные нарушения. По клинической рейтинговой шкале деменции средний суммарный балл у больных с очагом ишемического инсульта в бассейне ЛВСА составил $2,4 \pm 0,35$ – умеренная деменция, в бассейнах ПВСА и ВББ соответствует легкой деменции (табл. 5).

Таблица 5

Оценка когнитивных функций обследованных больных в зависимости от очага ишемического инсульта, $M \pm m$

Шкала оценки когнитивных функций, балл	Бассейн		
	ЛВСА, n=7	ПВСА, n=7	ВББ, n=10
Краткая шкала оценки психического статуса	$11,85 \pm 1,6$	$15,5 \pm 2,3$	$16,2 \pm 3,4$
Батарея лобных тестов	$10,1 \pm 0,86$	$13,1 \pm 1,3$	$14 \pm 2,4$
Клиническая рейтинговая шкала деменции	$2,4 \pm 0,35$	$1,89 \pm 0,38$	$1,6 \pm 0,67$

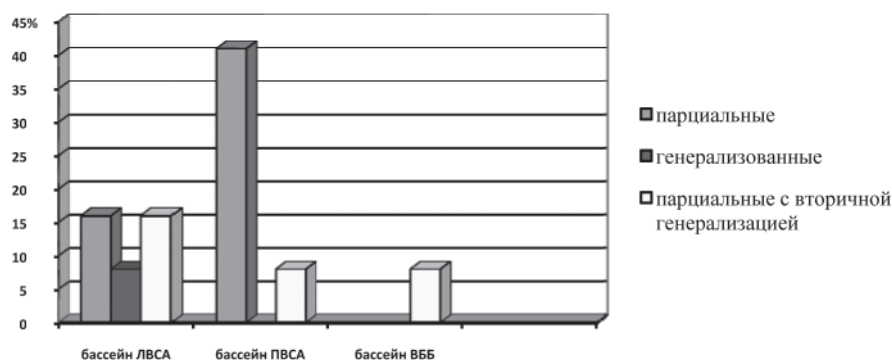


Рис. Сопоставление типа эпилептического приступа и очага ишемического инсульта

Заключение. Установлено, что постинсультная эпилепсия дебютирует в ранний и поздний восстановительные периоды ишемического инсульта. Возникновение разнообразных форм эпилептических припадков в восстановительном периоде инсульта связывают с наличием в мозге постишемической кисты или корковой атрофии, подчеркивая роль очага как источника припадков. Кисты, с которыми связано развитие эпилептических припадков, имеют небольшие размеры и располагаются в коре и подлежащем белом веществе полушарий мозга, в результате чего формируется эпилептический фокус [7].

Выявлено, что парциальные приступы развиваются чаще и указывают на локализацию очага ишемического инсульта. При инсульте в ВББ бассейне приступы носят вторично генерализованный, парциальный характер. Генерализованные приступы развивались редко и связаны с более обширными очагами инсульта. Степень тяжести когнитивных нарушений варьирует от легких когнитивных нарушений до умеренной деменции. Наиболее чувствительными шкалами для оценки тяжести когнитивных нарушений и деменции являются краткая шкала оценки психического статуса и клиническая рейтинговая шкала деменции, менее

информативны – батарея лобных тестов. Полученные результаты обосновывают необходимость раннего выявления факторов риска ишемического инсульта и профилактики, которая в дальнейшем будет предупреждать развитие сосудистой эпилепсии.

Литература

1. Бурд, Г.С. Эпилепсия у больных ишемической болезнью головного мозга / Г.С. Бурд [и др.] // Журн. неврол. и психиатрии. – 1998. – № 2. – С. 4–8.
2. Гехт, А.Б. Постинсультная эпилепсия / А.Б. Гехт [и др.] // Инсульт. – 2003. – № 9. – С. 195.
3. Прохорова, Э.С. Эпилептические припадки при нарушениях мозгового кровообращения у больных ишемической болезнью и атеросклерозом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Э.С. Прохорова. – М., 1981. – 42 с.
4. Arboix, A. Predictive factors of early seizures after acute cerebrovascular disease / A. Arboix [et al.] // Stroke. – 1997. – Vol. 28, № 8. – P. 1590–1594.
5. Barolin, G.S. Epileptische anfälle bei apoplektikern / G.S. Barolin, E. Sherzer // Wein nervenh. – 1962. – Vol. 20. – P. 3547.
6. Berges, S. Seizures and epilepsy following strokes: recurrence factors / S. Berges, [et al.] // Eur. neurol. – 2000. – Vol. 43, № 1. – P. 3–8.
7. Camilo, O. Seizures and epilepsy after ischemic stroke / O. Camilo, L.B. Golstein // Stroke. – 2004. – Vol. 35, № 7. – P. 1769–1775.

V.I. Guzeva, O.H. Bykova, V.V. Guzeva, O.V. Guzeva

Peculiarities of post-stroke epilepsy

Abstract. The evaluation of neurological, physical status and cognitive function in patients with ischemic stroke and symptomatic epilepsy was done. It was revealed that in the majority of patients post-stroke epilepsy debuts in early and late recovery phase of ischemic stroke, and has a partial nature of attacks. Partial seizures often pointed to localization of ischemic stroke. One of the serious consequences for patients with ischemic stroke and symptomatic epilepsy includes cognitive dysfunction, which in patients with ischemic stroke and symptomatic epilepsy is characterized by several features. The severity of cognitive impairment ranges from mild cognitive impairment to moderate dementia. The most sensitive scale for assessing the severity of cognitive impairment and dementia are short scale assessment of mental status and the clinical dementia rating scale, less informative are battery frontal tests.

Key words: epilepsy, the prevalence, attack, ischemic stroke, cognitive function, debut, focus, location, recovery period.

Контактный телефон: 8112463634; e-mail.ru:viktoryka@mail.ru