

# ВІСНИК Епілептології

1 (3—4) 2003

Головний редактор: Голубков О.З.

Редакційна рада:

Булахова Л.О. (Київ), Вайнруб М.Я. (Москва),  
Григорук П.Т. (Дніпропетровськ), Дубенко А.Є. (Харків),  
Завязкіна Н.В. (Київ) (відповідальний секретар), Ілюк Ю.І. (Київ),  
Лассан Л.П. (С-Петербург), Кузнецов В.М. (Київ), Кузнецов В.І. (Київ),  
Лапоногов О.О. (Київ), Танцура Л.М. (Харків),  
Марек Г.Л. (Київ) (заступник головного редактора),  
Мар'енко Л.Б. (Львів), Селюков Г.І. (Київ), Цимбалюк В.І. (Київ),  
Черченко А.П. (Київ), Шандра О.А. (Одеса), Шапіро Б.К. (Львів),  
Щеглова Я.В. (Київ), Ярош О.О. (Київ).

Технічний секретар: Коляда Ю.М.

Засновник:

Українська протиепілептична Ліга  
(<http://www ldc.net/~ulae-off/index.htm>)

Адреса редакції:

Україна, 04080 Київ, вул. Фрунзе 103А  
ЛДНЦ "Епілепсія"  
Тел.: (044) 468-2127  
Факс: (044) 468-1655  
e-mail: [ulae-off@i.kiev.ua](mailto:ulae-off@i.kiev.ua)

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 5034 від 04.04.2001 р.

среднее значение — 65 баллов.

Таким образом, очевидно, прослеживается ухудшение показателей качества жизни и усиление тревожно-депрессивной симптоматики в группе пациентов, старше 30 лет. В этой группе преобладали пациенты с более продолжительным сроком болезни и чаще встречались пациенты, резистентные к терапии, а также имеющие II или III группу инвалидности ( $P < 0,05$ ). Пациенты из этой исследуемой группы чаще проявляли беспокойство снижением памяти. Учитывая, что группу В составляли пациенты наиболее работоспособного возраста, у них чаще возникали проблемы трудоустройства, либо возникала потеря работы после заболевания эпилепсией. Семейные проблемы включали в себя развод, невозможность воспитывать собственного ребенка или отсутствие детей из-за болезни, страх передачи заболевания по наследству; они чаще сталкивались с социальной "стигмой".

Основными проблемами пациентов из группы А являлись следующие факторы:

невозможность продолжить обучение из-за болезни, страх, что однокурники увидят приступ или ограничения в выборе желаемой профессии, ограничения в занятиях спортом, невозможность создать семью из-за стигматизирующего отношения со стороны окружающих. Пациенты из этой группы предъявляли более оптимистичный прогноз на будущее, а в ряде случаев отмечалась недооценка тяжести заболевания. Учитывая более молодой возраст пациентов, они более опекаемы родственниками, чаще родителями, социальное функционирование страдает меньше, чем у пациентов из группы В.

Выводы: возрастной аспект становится значимым фактором снижения качества жизни пациента, страдающего эпилепсией, а также у пациентов старше 30 лет отмечаются значительные аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра. Полученные результаты могут быть использованы при планировании реабилитационных мероприятий в различных возрастных группах больных эпилепсией.

### CORRELATION OF THE LIFE QUALITY INDICATORS IN EPILEPSY WITH AGE-SPECIFIC ASPECT

*Pankratova A., Solozhenkin V.  
Kyrgyz State Medical Academy, Kyrgyzstan, Bishkek*

The main aim of this research is studying of age-specific aspect of life quality of patients who suffer from epilepsy. The following methods were used: questionnaire QOLIE-10 (quality of life assessment) and questionnaire for indicating of anxiety and depression level of Spilberger and Cung. The received results are evidences of life quality deterioration and reinforcement of anxiety-depressive symptoms in the group of patients older then 30 years old. It is caused by deterioration of social functioning, which was determined by epilepsy.

### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Саник А.В., Запорожец Т.Н.  
Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава*

У больных пожилого возраста после деменции и инсультов эпилепсия является третьей по частоте неврологической проблемой. По некоторым эпидемиологическим данным, частота ее возникновения составляет около 120 на 100000 населения в возрасте старше 60 лет.

Нами проведено обследование 23 больных пожилого возраста. Из них женщин было 8, мужчин — 15. Проводили клиническое (соматическое и неврологическое) обследование, общекли-

нические анализы, коагулограмму, электроэнцефалографию (ЭЭГ), реоэнцефалографию (РЭГ), рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ).

У 8 больных отмечались сложные парциальные припадки, у 6 — простые парциальные, у 9 — вторично-генерализованные тонико-клонические припадки. Причиной эпилепсии у обследованных больных были: у 15 — инсульт, у 3 — опухоль мозга, у 5 — дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) на

фоне атеросклероза и артериальной гипертензии без клинических и РКТ-признаков инсульта. У больных с опухолью мозга и ДЭ первоначальным диагнозом был полушарный инсульт с гемипарезом, однако, быстрый регресс двигательных нарушений в динамике (в течение 1-3 дней) позволил заподозрить постиктальный паралич Тода, а РКТ - исключить инсульт. У больных с инсультом ранние (в течение первых 2-х недель после начала инсульта) эпилептические припадки отмечались преимущественно при ишемических инфарктах с вторичной геморрагической трансформацией и при чистых геморрагиях (паренхиматозно-субарахноидальных). Поздние припадки в постинсультном периоде отмечались при формировании церебральных полушарных кист небольших размеров, преимущественно латеральной локализации.

По данным ЭЭГ в межприступном периоде, у всех больных ДЭ без перенесенного инсульта отмечались диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с повышенным индексом тета и островолновой активности, четких очаговых и пароксизмальных проявлений не было. У большинства больных с инсультом в восстановительном и резидуальном периоде также не выявлялись очаговые и пароксизмальные паттерны ЭЭГ, а у всех пациентов с опухолью мозга они были выявлены.

Данные полушарной РЭГ указывали на общее снижение кровенаполнения,

повышение тонуса артериальных сосудов, затруднение микроциркуляции. Достоверных различий этих изменений на стороне инсультного очага по сравнению с другим полушарием нами не было выявлено.

Анализ проводимой патогенетической терапии сосудистых нарушений и эпилепсии показал, что применение ноотропных препаратов типа пирацетама и церебролизина у ряда пациентов провоцировало припадки и психомоторное возбуждение, в то время как применение глицина и аминалона не вызывало таких расстройств. Хороший эффект лечения эпилепсии отмечен при использовании карбамазепина (финлепсина). В остром периоде инсульта оправдано так же применение дифенина как ингибитора каскада ишемического повреждения мозга, однако его длительный прием в дальнейшем может отрицательно сказываться на восстановлении речевых и когнитивных функций.

Таким образом, у больных пожилого возраста основной причиной эпилепсии являются сосудистые заболевания мозга - ДЭ и инсульты. ЭЭГ в межприступном периоде как правило, не указывает ни на постинсультный, ни на эпилептический очаг. РЭГ так же не позволяет выявить асимметрию кровотока. Важную диагностическую информацию можно получить с помощью нейровизуализационных методов исследования (РКТ). Основным препаратом для лечения эпилепсии у этих пациентов является карбамазепин.

## PECULIARITIES OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF EPILEPSY IN ELDERLY PATIENTS

*A. Sanyk, T. Zaporozhets  
Ukrainian medical stomatological academy, Poltava*

There were examined 23 elderly patients with epilepsy. Discirculatory encephalopathy and stroke caused epileptic seizures in most cases. Electroencephalography did not show stroke and epileptic focus in brain. Important diagnostic information was taken by x-ray computer tomography. Carbamazepine is the main drug for these patients.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ З ПСИХОМОТОРНИМИ НАПАДАМИ

*Тодорів І.В. Винник М.І. Лановий В.І. Краснопольська І.І., Шавлак В.В.  
Івано-Франківська державна медична академія*

Основу роботи склали результати обстеження 37 чоловік — основна група і 25 чоловік — контрольна група (з нелімібною епілепсією). Статистична

оцінка проводилась за допомогою стандартного пакету прикладних програм.

При аналізі клініки нападу виявлено, що у хворих основної групи в порівнянні