

3. Peckerman A, Hurwitz BE, Nagel JH, Leitten C, Agatston AS, Schneiderman N. Effects of gender and age on the cardiac baroreceptor reflex in hypertension Clin Exp Hypertens 2001;23(8):645-56

4. Persson PB, DiRienzo M, Castiglioni P, Cerutti C, Pagani M, Honzikova N, Akselrod S, Parati G. Time versus frequency domain techniques for assessing baroreflex sensitivity J Hypertens 2001 Oct;19(10):1699-705

5. Sevre K, Rostrup M. Measurements of heart rate variability and baroreflex sensitivity Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121(26):3059-64я

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИЛЕПСИИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

**Саник А.В., Запорожец Т.Н., Саник Л.А., Носик
Н.А.**

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

По данным литературы, частота эпилепсии у лиц старше 60 лет составляет около 120 на 100000 населения. Наиболее частой причиной эпилепсии у лиц пожилого и старческого возраста являются острые и хронические нарушения мозгового кровообращения

С целью уточнение информативности различных дополнительных методов исследования, нами обследовано 83 больных. Анализировали данные таких проведенных исследований:нейровизуализационных (рентгеновская компьютерная томография - РКТ, магнитно резонансная томография - МРТ) нейрофизиологических (электроэнцефалография - ЭЭГ; лабораторные (гематологические, биохимические, коагулологические, исследований сердечно-сосудистой системы (электрокардиография ЭКГ, реоэнцефалография - РЕГ, тет-ранолярная грудная реография ТТР с оценкой параметров центральной гемодинамики) ультразвуковая доплерография - УЗДГ магистральных сосудов шей биомикроскопия бульбарной конъюнктивы - БМБК).

По данным РКТ, МРТ и с учетом клинических проявлений, у 2/3 обследованных (68%) были выявлены признаки дисциркулятор-ной энцефалопатии (ДЭ) с элементами гипотрофии корковых отделов мозга преимущественно лобно-височной локализации и наличием

у большинства пациентов подкорковых и паравентрикулярных мел-

ких очажков ишемического поражения с признаками лейкоареозиса. У 32% больных были выявлены признаки инсульта в восстановительном или резидуальном периодах. С учетом этих данных, основными были диффузные изменения в веществе мозга.

По данным ЭЭГ у обследованных больных отмечались: диффузные изменения — у 36%, десинхронизация — у 27%, фокальные медленные волны — у 20%, острые волны и спайки — у 17%. Диффузные изменения отмечались как у больных с ДЭ так и с инсультом; десинхронизация преобладала у больных с ДЭ и инсультами на фоне артериальной гипертензии; фокальные медленные волны отмечались у 2/3 больных с инсультом; острые волны и спайки преимущественно фокальные — при инсультах, а при ДЭ — диффузные. Таким образом, по данным ЭЭГ четкие очаговые и пароксизмальные паттерны ЭЭГ отмечались только в 37% случаев.

На ЭКГ в межприступном периоде выявлялись аритмии, гипертрофия левого желудочка, очаговые изменения миокарда и др. После судорожного припадка частыми были изменения сегмента ST и зубца T (признаки гипоксии миокарда). С учетом этих данных, регистрация ЭКГ у больных эпилепсией сосудистого генеза может выявлять сердечно-сосудистую патологию как этиологический фактор припадков, отражать сердечно-сосудистые нарушения во время припадков. По нашим данным выявление аритмий свидетельствует о худшем прогнозе (учащение припадков).

У всех обследованных больных на РЭГ выявлялись снижение кровенаполнения, повышение тонуса в артериальном русле, затруднение микроциркуляции и венозного оттока. Нитроглицерин обычно нормализовывал параметры РЭГ. У больных с недостаточной реакцией на нитроглицерин эпилепсии отмечались чаще.

По данным ТТГГ вне приступов гипокинетический тип системной гемодинамики был выявлен у 55% больных, эукинетический тип — у 45%. Гипокинетический тип способствует увеличению риска повторных припадков и ухудшению прогноза.

УЗДГ выявляет стенозирование магистральных сосудов шеи, которое может приводить к развитию эпилептических припадков вследствие хронической ишемизации мозга.

По данным исследования сосудов бульбарной конъюнктивы в межприступный период отмечалось затруднение микроциркуляции. После судорожного припадка выявлялись отек, стазы в артериолах и венозных сосудах.

Таким образом, по результатам проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1) У больных пожилого возраста основной причиной эпилепсии являются сосудистые заболевания головного мозга – ДЭ и инсульты, что подтверждается данными КТ и МРТ.

2) Традиционная ЭЭГ в межприступном периоде выявляла очаговые и эпилептические паттерны ЭЭГ только в 1/3 случаев.

3) Увеличение риска частых и тяжелых припадков можно прогнозировать при:

- наличия аритмий (по данным ЭКГ);
- ареактивности церебральных сосудов на нитроглицерин (по данным РЭГ);
- гипокшетическом типе центральной гемодинамики (по данным ТГРГ);
- наличии стеноза магистральных сосудов (по данным УЗДГ).

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЦНС ПРИ ОКРЕМІЙ ТА КОМБІНОВАНІЙ ДІЇ СВИНЦЮ І ФТОРУ

Федоренко Ю.В.

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Одним із факторів негативного впливу на здоров'я, зниження резистентності організму, виникнення синдрому екологічної дезадаптації, збільшення загальної захворюваності та ускладнення перебігу захворювань є забруднення навколишнього середовища шкідливими хімічними речовинами (Кацнельсон Б.А. и соавт., 1999; Зайцева Н.В., 2000; Подолянська В.П., 2001; Литвинов Н.Н., 2003). Пріоритетними забруднювачами є свинець і фтор. Свинець вважається глобальним антропогенним забруднювачем довкілля, належить до найбільш небезпечних важких металів, характеризується високими кумулятивними властивостями, політропністю дії, уражує практично всі органи і системи організму, зокрема, центральну, периферичну і вегетативну нервову системи. Численні експериментальні і клінічні дослідження засвідчують, що свинець призводить до затримки психомоторного, інтелектуального розвитку дітей, зміни поведінкових реакцій (агресивності або загальмованості), виникнення поліневропатій та енцефалопатій. Досліджено, що свинець впливає на нейротрансмісью, блокуючи пресинаптичні потенціалзалежні кальцієві канали (Трахтенберг И.М. и соавт., 1994; Мажитова З.Х. Куанова Л.Б., 1999; Скальний А.В., Кудрин А.В., 2000; Patrakis I. et al., 1985; Weiss B., 1999).