

**ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Абдуллаева Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт

Диагностика эпилепсии базируется во многом на данных электроэнцефалографии (ЭЭГ) (4). Роль ЭЭГ в диагностике эпилепсии определяется тем, что нейрофизиологические критерии входят составной частью в определение эпилепсии как заболевания (1, 3). Определение припадка как эпилептического возможно только при доказанной обусловленности его избыточным разрядом нейронов, что возможно только при регистрации эпилептиформной активности ЭЭГ-методом (2).

ЭЭГ проведена у 60 больных эпилепсией в пожилом возрасте, из них эпилептиформная активность на ЭЭГ выявлена у 53 больных (88,3%). У 7 больных эпилептиформная активность на ЭЭГ не регистрировалась, но наличие достоверно документированных повторяющихся судорожных припадков позволяло диагностировать эпилепсию.

При визуальном анализе ЭЭГ у больных выявлялись основные феномены эпилептиформной активности: спайки, острые волны, спайк-волна, множественный спайк-волна, острая волна-медленная волна. Спайки проявлялись в виде потенциалов с острой формой длительностью 20-70-мс, что соответствует частоте 15-50 Гц. Острые волны отличались от спайков большей растянутостью во времени до 70-200 мс при частоте 5-14 Гц. Спайк-волна состояла из комби-

Таблица 1. Частота эпилептиформных феноменов на ЭЭГ в межприступном периоде

Эпилептиформная активность	Частота в абс.ед.	Частота в %
Спайк	5	9,7
Острая волна	15	28,8
Спайк волна	10	19,2
Острая медленная волна	9	17,3
Сочетание форм	13	25

Таблица 2. Изменения ЭЭГ в межприступном периоде у пожилых больных эпилепсией

	Частота признака	Частота признака в %
Доминирующая активность:		
Альфа активность	39	65
Бета-активность	13	21,6
Медленно волновая активность	8	13,4
Зональные различия:		
Выраженная	23	38,3
Сглаженная	22	38,7
Извращенная	15	25
Реактивные изменения:		
Умеренные	28	46,7
Слабые	22	36,6
Усиленные	6	10
Отсутствовали	4	6,7
Типы ЭЭГ		
Организованный	31	51,7
Гиперсинхронный	7	11,7
Десинхронный	6	10
Дезорганизованных с альфа активностью	14	23,3
Дезорганизованный с бета активностью	2	3,3
Диффузные изменения		
Легкие	16	26,7
Умеренные	31	51,7
Выраженные	13	21,6

нации спайка и медленной волны с высокой амплитудой и частотой комплексов 2-6 с, соответственно период составлял 160-250 мс. Регистрировалась также комбинация нескольких спайков с медленной волной – «множественные спайки-волна». Комплекс «острая волна - медленная волна» был в виде острой волны и следующей за ней медленной волны с частотой 0.7-2 Гц и периодом 1300-500 мс.

Как показано в таблице, наиболее часто в межприступной ЭЭГ у больных эпилепсией пожилого возраста выявлялись острые волны. Характерно, что они проявлялись в виде локализованной пароксизмальной активности с продолжительностью не менее 200мс, реже определялись генерализованные острые волны. Все другие формы также регистрировались в виде латерализованной или генерализованных форм, но их особенностью была пароксизмальность.

У 14 больных на ЭЭГ наряду с эпилептиформной определялась нерегулярная и полиморфная медленная активность, связанная, по-видимому, с локальными структурными нарушениями ишемического и дисметаболического характера. При этом было характерно уменьшение выраженности альфа и бета активности, редукция бета-активности в зоне очага поражения. Часто эти изменения сочетались с эпилептиформной активностью в форме острых волн, преимущественно в височных и лобных областях.

У 17 больных (32,8%) локализованная эпилептиформная активность была выявлена при гипервентиляции. Фотостимуляция проявила эпилептиформную активность у 4 больных (7,7%) больных с очагами в задних отделах мозга.

У 60 больных эпилепсией в пожилом возрасте в межприступном периоде были проанализированы другие показатели ЭЭГ: пробы на открывание-закрывание глаз, ритмическое световое раздражение. При визуальном анализе ЭЭГ выявлялись различные диффузные изменения электрической активности в виде дезорганизации альфа ритма, нерегулярных низкоамплитудных тета-волн, признаков дисфункции стволовых структур.

Таким образом, у больных эпилепсией пожилого возраста отмечаются специфические изменения на ЭЭГ в виде альфа активности, как доминирующей формы биопотенциалов головного мозга, реже регистрируются кривые с преобладанием бета-активностью. Зональные различия на ЭЭГ бывают в равной степени сохранены и сглажены, по характеру организации типов ЭЭГ преобладают организованный и дезорганизованный с преобладанием альфа-активности, диффузные изменения на ЭЭГ в половине случаев характеризуются как умеренные более чем у половины обследованных.

Использованная литература:

1. Акименко М.А., Логинова М.П. Динамика ЭЭГ показателей у больных эпилепсией в процессе восстановительной терапии. Реабилитация больных эпилепсией. Труды НИИ им. Бехтерева В.М. Л., 1984, т.94.
2. Жирмунская Е.А. Электрическая «судорожная» активность мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1997; 7; 4-7.
3. Карлов В.А. Эпилепсия как клиническая и нейрофизиологическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000; 9: 7-15.
4. Ходос Х.Г. Эпилепсия: факторы, суждения, выводы. – 2 изд. Иркутск, 1989. 221 с.