

Абдуллаева Н.Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Самаркандский государственный медицинский институт

Одной из главных проблем эпилепсии у пожилых является дифференциация эпилептических и неэпилептических приступов. По статистике, около 20% больных получают хроническую противоэпилептическую медикаментозную терапию ошибочно, в связи с неправильно диагностированными приступами. При этом очень важно уже на начальном этапе важно правильно диагностировать эпилептический приступ (3).

Как известно, начальный этап диагностики состоит в клиническом анализе приступа и описании обстоятельств его возникновения, протекания и прекращения, с особым вниманием к анамнезу жизни, наличию соматических и неврологических заболеваний, семейной ситуации (1, 2).

Нами обследованы 138 больных пожилого возраста, у которых были диагностированы эпилептические приступы согласно Международной классификации эпилептических приступов (Комиссия по классификации и терминологии МПЭЛ, 1981 г.).

Эпилептический приступ был спровоцирован дефицитом сна у 48% больных, эмоциональным стрессом у 26%, длительным перерывом в приеме пищи у 6%, приемом необычных для больного медикаментов у 17%, приемом алкоголя у 3%.

Типы приступов у больных пожилого возраста по сравнению с группой молодых представлены в таблице 1.

Сокращения - ПГ - первично-генерализованные.

ПП - парциальные приступы.

СЛП - симптоматические локальные приступы.

ПП с ВГСП - парциальные приступы с вторично-генерализованными симптоматическими приступами.

СЛП с ВГСП - симптоматические локальные приступы с вторично-генерализованными симптоматическими приступами.

Парциальные приступы, которые в основном диагностируются у пожилых пациентов, возникали после ауры у 78,6% больных, с указанием больными типичных переживаний: странные ощущения в животе, груди, голове, онемение, покалывание, появление необычного запаха, головокружение, затруднение в подборе слов, страх, тревога.

Эпилептические приступы у обследованных больных длились до 10 секунд, и только у 6 больных длились более 2 минут. Простые парциальные приступы возникают чаще столь же внезапно и длятся обычно не более минуты с симптомами, соответствующими возбуждению определенных корковых областей. Наиболее характерны тонические и клонические сокращения одной конечности (у 87 больных), лица (у 43 больных), половины тела (у 9 больных). У 36 больных отмечались чувство отчужденности, странности обстановки, которые как выяснилось при дальнейшем обследовании, были характерны для височно-долевых парциальных приступов. Дисфазия речи была характерна для 42 больных эпилепсией пожилого возраста.

Комплексные парциальные приступы, диагностированные у 54 больных эпилепсией пожилого возраста начинались с фиксации взгляда с последующим автоматизмом, типа петреступания на месте, суетливых, глотательных движений. По окончании автоматизма отмечается пе-

Таблица 1. Типы приступов у больных пожилого возраста в сравнении с больными молодого возраста

Типы эпилепсии	Пожилые - 139		p	Молодые - 90	
	n	%		n	%
Простые парциальные	20	20,1		19	11,3
СЛП	82	55,0	<0.05	45	50,0
ПП с ВГСП	41	27,5	<0.01	9	23,8
СЛП с ВГСП	37	24,8		32	40,0
Абсансы	3	2,0		2	2,5
ПГ миоклонические	1	0,7		1	1,3
ПГ тоникоклонические	7	4,7	<0.001	11	13,8
ПГ тонические	2	1,3		1	1,3
ПГ клонические	0	0		1	1,3

риод спутанности у 37 больных, длящейся до десятков секунд.

У всех обследованных больных глаза открыты, заведены за надбровные дуги, движения глазных яблок дискоординированы, реакция зрачков на свет ослаблена.

Генерализованных эпилептических приступов у наших больных мы не наблюдали.

После парциальных припадков наблюдалось чувство усталости у 84%, а спутанность легкая и непродолжительная у 16% больных.

Абсансы наблюдались у 11 больных эпилепсией пожилого возраста.

В целом эпилептические приступы у лиц пожилого возраста характеризуются клинически: внезапным началом, предприступными нарушениями, утраченностью сознания, ритмичными, симметричными, соответствующими топической нейрофизиологии, приступами, отсутствующей или ослабленной реакцией зрачков на свет, наличием органической неврологической симптоматики, характерной симптоматикой после припадка.

Использованная литература:

1. Карлов В.А. Терапия нервных болезней. М., 1996.
2. Карлов В.А., Селицкий В.Г. Биоэлектрическая активность коры головного мозга у больных со вторично генерализованной формой эпилепсии и гипнозе // Журнал невропатологии и психиатрии. 1992. Т.92. С. 3-8.
3. Мельничук В.П. с соавт. Нейрофизиологические механизмы афазии при эпилепсии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1990. Т. 90. С. 34-40.