

К.Б. Ырысов, С.А. Иманкулов

## НЕОБХОДИМОСТЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева.  
Национальный Госпиталь Минздрава Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан

*Results of diagnosis and treatment of 107 patients (male - 73, female – 34) with seizures have been studied. All patients had gained complex of antiepileptic therapy in neurological department. In the studying seizures by different nosologies of epilepsy were represented 53 patients: post-traumatic convulsive syndrome were occurred in 17 cases, and at 15 patients - with encephalopathy.*

### Актуальность

Многочисленные катамнестические исследования нейрохирургов с опытом хирургического лечения эпилепсии более двух-трёх десятилетий убедительно показывают, что хорошие результаты достигаются только после тщательного предоперационного отбора больных, у которых методами нейровизуализации были выявлены локальные органические изменения головного мозга, а электроэнцефалографически был чётко локализован один эпилептический очаг, как правило, в височной доле. При этом семиология припадков топически коррелировала с электрофизиологическими и интраскопическими исследованиями.

Эффективность хирургического лечения медикаментозно резистентной эпилепсии общепризнанна. Известно, что показания к хирургическому лечению выставляются у 20-30% больных эпилепсией, из них не более 30-40% отвечают перечисленным выше требованиям. У остальных наиболее тяжёлых больных с частыми и неясными по семиологии эпилептическими припадками, невыявляемыми или несколькими эпилептическими очагами на ЭЭГ и отсутствующей органической патологией мозга на КТ или МРТ прогноз остается менее благоприятным [1-7].

Исследования нейрофизиологических, гистологических и биохимических механизмов эпилептизации нейронов, развитие концепции эпилептической системы и торможения эпилептического возбуждения, концепции патологически устойчивых состояний и стирания их лечебными электрическими стимуляциями, использование методов компьютерной, магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии, клинический опыт неврологов и нейрохирургов, пока недостаточны для более эффективного лечения наиболее сложных форм многоочаговой эпилепсии.

В хирургии эпилепсии традиционно усилия

сосредотачивались на решении таких проблем, как топическая диагностика эпилептического очага и эпилептической системы, способе их разрушения или воздействия на элементы эпилептической или противоэпилептической системы. Даже при таком явно суженном подходе возникли многочисленные трудности, разрешение которых потребовало многих лет, при этом часть из них так и остаются невыясненными и актуальными. В частности, отсутствует общепринятая клинко-электрофизиологическая характеристика такого базового понятия как эпилептический очаг. Не однозначны топико-диагностические оценки межприпадной и припадной эпилептической активности. Остаются противоречивыми заключения о необходимости проведения и диагностических возможностях инвазивной диагностики в сравнении с неинвазивной. Неясным остаётся вопрос о значении анатомически преформированных и индивидуально образованных путей генерализации и торможения эпилептической активности. Сохраняются противоречия в оценке степени эффективности стереотаксических и резекционных операций для различных форм эпилепсии. Имеются только отдельные попытки применить понятийный аппарат теории систем, как в организации самой хирургической диагностики, так и попытке объяснить закономерности функционирования эпилептической системы [8-15].

Целью данного исследования являлась разработка и оптимизация методов диагностики и лечения судорожного синдрома при лечении больных с различными нозологическими формами.

### Материал и методы

В основу настоящего исследования положены данные 107 больных с судорожным синдромом в возрасте от 15 до 72 лет (Табл. №1). Всем больным было проведено комплексное противосудорожное лечение в отделении неврологии. Компьютерная

томография (КТ) головного мозга и магнитно-резонансная томография (МРТ) расширили представления о патогенезе судорожного синдрома. Эти

методы нейровизуализации позволили наблюдать прижизненное формирование и динамику патологического процесса головного мозга.

Таблица 1

**Распределение больных по возрасту и полу**

Пол	Возраст (в годах)				
	Всего	до 30 лет	31-49 лет	50-69 лет	70 и старше
<b>Мужчины</b>	73	32	21	16	4
<b>Женщины</b>	34	14	13	4	3
<b>Всего</b>	107	46	34	20	7

**Результаты**

Как видно из Табл. №2, при изучении судорожного синдрома по различным нозологиям эпилепсия была представлена 53 больными, пост-

травматический судорожный синдром отмечен в 17 случаях, а у 15 больных судорожный синдром отмечался при энцефалопатии (Табл. №1).

Таблица 2

**Распределение больных по нозологическим формам**

№ п/п	Нозологические формы	Количество больных	В %
1	Эпилепсия	53	49,5
2	Посттравматические	17	15,9
3	Энцефалопатии	15	14,0
4	Впервые возникшие	7	6,5
5	Опухоли головного мозга	5	4,8
6	Послеоперационные	3	2,8
7	Энцефалиты	2	1,9
8	ОНМК	1	0,9
9	Вертеброгенные	1	0,9
10	Аффективные расстройства	1	0,9
11	Неясные	1	0,9
Всего	107	100	

Анатомическая локализация эпилептогенного очага, основанная на данных семиологии припадка, скальповой ЭЭГ, данных КТ и МРТ, была возможной только в наиболее простых случаях одноочаговой эпилепсии при совпадении всех составляющих проведенной диагностики. В более сложных вариантах многоочаговой эпилепсии, при которых отмечается несовпадение фокальности по семиологии приступов, ЭЭГ изменений и локализации органического очага по данным КТ или МРТ и в случае отсутствия фокальности, определить локализацию эпилептогенного очага, исследовать структурно-функциональную организацию эпилептической системы возможно только с использованием методов хирургической диагностики.

Наиболее полное представление о структурно-функциональной организации эпилептической системы возможно при объединении этих методов в функционально целостный метод последователь-

но аппроксимирующей хирургической диагностики. Отдельные методики инвазивной диагностики эпилептической системы такие, как введение нейроактивных веществ, лечебно-диагностические деструкции позволяли исследовать только частные свойства эпилептической системы. Применение методов локальной химической активации и подавления эпилептической активности, таких как аппликация лидокаина на анатомически важные корковые зоны при проведении открытых операций и введение нейроактивных веществ через долгосрочные внутримозговые хемозлектроды, позволяют исследовать структурно-функциональную организацию эпилептической системы и прогнозировать результаты корковых резекций и стереотаксических деструкций.

Условиями эффективной диагностики является длительность исследования и многократность одних и тех же приемов диагностики, использова-

ние методик пассивного наблюдения и активного воздействия. Методики хирургической диагностики позволяют получить максимальную информацию о структурно-функциональной организации эпилептической системы и о локализации эпилептического очага, если применяются в определённой последовательности и при выполнении специфических требований.

При многофокальных формах эпилепсии доля хороших результатов как для открытых вмешательств (42%), так и для стереотаксических (31%) остаются недостаточными. височная лобэктомия является наиболее эффективной операцией при височных формах эпилепсии, как монофокальной (80%), так и битемпоральной (66%). Ограниченные корковые резекции приводят к положительным результатам в 80% случаев только при условии анатомической локализации эпилептогенного очага электрофизиологическими методами хирургической диагностики. Эффективность открытых хирур-

гических и стереотаксических операций зависит от формы эпилепсии и использованной методики инвазивной хирургической диагностики.

### Заключение

Применяя общие системные принципы и категории, такие, как система и среда, иерархия уровней, стабильность системы, цикличность, прямая и обратная связь в описании известных нейрофизиологических феноменов эпилептической системы можно дать более полное описание этих закономерностей с точки зрения функционирования системы в целом, предопределить направление поисков недостающих опытных фактов, наметить пути дальнейших исследований в целях повышения эффективности консервативного и хирургического лечения эпилепсии. Системный подход является перспективным методом исследования эпилептической системы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бейн, Б.Н. Значение активации ЭЭГ в диагностике и хирургическом лечении височной эпилепсии: Автореф. дисс. .к-та мед. наук / Б.Н. Бейн. - Ижевск, 1972. - 33 с.
2. Беляев, Ю.И. Клиника, диагностика и хирургическое лечение височной эпилепсии : Автореф. дисс. .к-да мед. наук / Ю.И. Беляев. - Свердловск, 1970. - 32 с.
3. Божик, В.П. Лечение височной эпилепсии стереотаксическими методами: Автореф. дисс. .к-та мед. наук / В.П. Божик. - Киев, 1971. - 28 с.
4. Земская, А.Г. Дифференцированные методы хирургического лечения одно- и многоочаговой эпилепсии / А.Г. Земская //Метод, руковод. Лен. ГИДУВ им. С.М. Кирова. - Л., 1982. - 26 с.
5. Иова, А.С. Клиника, диагностика и хирургическое лечение эпилепсии с агрессивными расстройствами поведения: Дисс. .канд. мед. наук / А.С. Иова. - Л., 1985.- 138 с.
6. Кандель, Э.И. Функциональная и стереотаксическая нейрохирургия / Э.И. Кандель. - М.: Медицина, 1981. - 367 с.
7. Майорчик, В.Е. Клиническая электрокортикография: исследования во время нейрохирургических операций / В.Е. Майорчик. - М.: Медицина, 1964. - 197 с.
8. Нестеров, Л.Н. Принципы хирургического лечения эпилепсии / Л.Н. Нестеров, Н.Н. Соловых, С.С. Тилли // Современные методы исследования в неврологии и психиатрии. - Курск, 1976. - С. 250-253.
9. Рябуха, Н.П. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения многоочаговой эпилепсии: Дисс. .д-ра мед. наук / Н.П. Рябуха. - Л., 1986. - 400 с.
10. Сакарэ, К.М. Клиника диагностика и хирургическое лечение височной эпилепсии методом продольной гиппокампотомии: Дисс. .к-та. мед. Наук /К.М. Сакарэ. - Л., 1980. - 157с.
11. Скрябин, В.В. Хирургическое лечение очаговых форм эпилепсии / В.В. Скрябин, Б.Н. Бейн.- Свердловск: Изд-во Уральского универс., 1989. - 123с.
12. Чхенкели, С.А. Эпилепсия и её хирургическое лечение / С.А. Чхенкели, М. Шрамка. - Братислава: Изд-во Веда, 1990. - 273 с.
13. Яцук, С. Л. Особенности клиники и хирургической тактики некоторых форм эпилепсии у взрослых (миоклонической, височной и генерализованной): Дисс. .д-ра мед. наук. / С. Л. Яцук. - Л., 1986. - 356 с.
14. Aliasziw, M. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy / M. Aliasziw, S. Wiebe, W.T. Blume, J.P. Girvin // N. Engl. J. Med. - 2001. -Vol. 345. - P. 311-318.
15. Andy, O. Stereotaxic surgery of the limbic system / O. Andy, H. Stephan // Stereotaxy of the human brain. - Springer-Verlag, 1982. - P. 629-644.

### ТҰЖЫРЫМ

Құрысу синдромы бар 107 науқаста (ер-көктер-73, әйелдер-34) жүргізілген диагностика және емдеу нәтижелерінің талдауы көрсетілген. Науқастардың барлығына неврология бөлімшесінде құрысуға қарсы кешенді емдеу жүргізілді. Құрысу синдромын зерттеу барысында эпилепсияның түрлі нозологиялары бойынша 53 науқаста, жарақаттан кейінгі құрысу синдромы 17 жағдайда, ал 15 науқаста энцефалопатия кезінде құрысу синдромы байқалды.

### РЕЗЮМЕ

Проведен анализ результатов диагностики и лечения 107 больных с судорожным синдромом (мужчин – 73, женщин – 34). Всем больным было проведено комплексное противосудорожное лечение в отделении неврологии. При изучении судорожного синдрома по различным нозологиям эпилепсия была представлена 53 больными, пост-травматический судорожный синдром отмечен в 17 случаях, а у 15 больных судорожный синдром отмечался при энцефалопатии.