

- вложения аттрактора по результатам эксперимента // ЖТФ. - 1989. - Т.59. - № 1. - С.13-20.
5. Ланда П.С., Розенблюм М.Г. Сравнение методов конструирования фазового пространства и определения размерности аттрактора по экспериментальным данным // ЖТФ. –1989. - Т.59. - № 11. - С.1-6.
6. Ehlers C.L. Chaos and complexity: can it help us to understand mood and behavior // Archives of General Psychiatry. - 1995. - Vol. 52. - P.960-964.
7. Колесников А.А., Слива С.С., Кононов А.Ф. Аналитическое конструирование агрегированных регуляторов: синергетическое управление биомеханическими системами // Управление и информационные технологии. - СПб.: СПбГПУ, 2003. - С.42-46.
8. Кууз Р.А., Фирсов Г.И. Проблемы стандартизации в постурологии // Клиническая постурология, поза и прикус / Материалы Международного симпозиума. - СПб.: ООО "ИД СПбМАПО", 2004. - С.41-46.
9. Бернштейн Н.А. О построении движений. – М.: Соцэкгиз, 1947. – 255 с.
10. Распознавание образов и медицинская диагностика. Под ред. Ю.И. Неймарка. - М.: Наука, 1972. –328 с.
11. Nonlinear Dynamics in Sudden Cardiac Death Syndrome – Heart Rate Oscillations and Bifurcations / Goldberger A.L., Rigney D.R., Meatus J. et al. // Experientia. – 1988. – V.44. – No.11. –P.983 – 987.

В.О. Генералов, Т.Р. Садыков, Ю.В. Казакова

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА НА СЕМИОЛОГИЮ МЕЗИАЛЬНОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Российский государственный медицинский университет, Москва

Височная эпилепсия является наиболее частым вариантом симптоматической эпилепсии у взрослых. Эпилептогенные повреждения мезиальных отделов височной доли могут иметь как врожденный характер (мезиальный височный склероз), так и быть приобретенными вследствие действия постнатальных неспецифических факторов (токсических и ишемических) [Luders Н. 1994]. При этом кинематика эпилептических приступов, наряду с нейрофизиологическими и нейрорадиологическими методами исследования головного мозга, является одним из факторов, позволяющим определить локализацию источника эпилептической активности.

Цель исследования: сравнить кинематику и семиологию эпилептических приступов при мезиальной височной эпилепсии различной этиологии.

Методы исследования: клинический осмотр, пролонгированный ВЭЭГ-мониторинг длительностью не менее 12 часов с включением ночного сна, МРТ головного мозга.

Результаты: было обследовано 202 пациента с мезиальной височной эпилепсией. При обработке результатов ВЭЭГ-мониторинга программой многошаговой дипольной локализации BrainLoc 6.0 у всех пациентов источник эпилептиче-

ской активности определялся в проекции гиппокампальных отделов мозга.

В зависимости от структурных изменений, выявленных при МРТ головного мозга пациенты были разделены на группы. В группу с наличием структурных изменений гиппокампальных отделов (лезиональная эпилепсия) были включены пациенты с установленным диагнозом мезиального височного склероза, всего 38 пациентов, из них 20 женщин, 18 мужчин, средний возраст пациентов на момент обследования составил $26,2 \pm 5,4$ лет, средний возраст дебюта эпилептических приступов - $11,3 \pm 4,2$ лет.

В группе нелезиональной мезиальной височной эпилепсии были проанализированы 164 пациента, из них 131 мужчина, 33 женщины, средний возраст составил $48,2 \pm 9,4$ лет, дебют эпилептических приступов произошел в $45,3 \pm 8,5$ лет. Этиологическими факторами развития эпилепсии в этой группе являлось злоупотребление алкоголем (алкогольная эпилепсия) у 100 человек, у 64 пациентов эпилепсия развилась вследствие хронической ишемии мозга. При проведении МРТ клинически значимых изменений церебральной структуры, в том числе гиппокампальных регионов, в этой группе не выявлено, у 134 (81,7%) пациентов определялись признаки диффузной корковой и подкорковой субатрофии вещества головного мозга.

В клинической картине лезиональной мезиальной височной эпилепсии (МТС) определялись вторично-генерализованные судорожные приступы с медленной клинической генерализацией (73,7%). При этом начало приступа с абдоминальной, вкусовой или обонятельной ауры отмечалось у 24 пациентов из 38 (63,2%). С момента появления приступной ауры до отключения сознания проходило от 3 до 30 сек.

Среди простых парциальных приступов наиболее часто отмечались эпигастральные сенсорные приступы (17 пациентов - 44,7%), вкусовые приступы (12 пациентов - 31,6%).

Сложные парциальные приступы определялись у 20 (52,6%) пациентов.

В клинической картине нелезиональной мезиальной височной эпилепсии доминировали вторично-генерализованные судорожные приступы с быстрой клинической генерализацией (89,0%). Приступ начинался неожиданно, пациенты не чувствовали начала приступа. Сложные парциальные приступы зарегистрированы у 19,5% пациентов. Простые парциальные приступы проявлялись в виде появления неприятного вкуса и дурноты и встречались крайне редко (2 из 164 пациентов 1,2%).

При сравнении групп выявлены достоверные различия в кинематике и семиологии эпилептических приступов. Для группы с МТС была характерна медленная генерализация эпилептических приступов, большее количество парциальных приступов. В группе с нелезиональной мезиальной эпилепсией преобладала быстрая генерализация эпилептических приступов.

Таким образом, в результате исследования было показано, что семиология и кинематика приступов при эпилепсии зависит не только от локализации источника эпилептической активности, но и от его структурной основы.