

ГИППОКАМП В ГЕНЕЗЕ ЭПИЛЕПСИИ

Представлен результат динамического наблюдения пациентки с височной эпилепсией после осуществленной височной лоботомии справа с длительным благоприятным катамнезом, полным регрессом приступов.

Ключевые слова: гиппокамп, эпилепсия, височная лоботомия, качество жизни.

Эпилепсия — гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся повторными, спонтанно возникающими приступами. Височная эпилепсия является наиболее распространенной и составляет до 60 % всех случаев заболевания эпилепсией. Возраст больного при дебюте височной эпилепсии variabelен с пиком манифестации клиники у детей старшего возраста и подростков с полиморфизмом клинических проявлений.

В настоящее время, согласно клинко-электроэнцефалографической классификации приступов Международной противоэпилептической лиги, в височной эпилепсии выделяют две формы — по месту начала и типу припадков [1]:

1) мезотемпоральную (амигдало-гиппокампальную, лимбическую), составляет 70–80 % височно-долевых эпилепсий;

2) латерально-височную.

Единый лимбико-гипоталамо-ретикулярный комплекс играет важную роль в регуляции вегетативно-висцеральных функций организма, психоэмоционального статуса. При височной эпилепсии возникает длительная ревербация разряда по циклическим цепям лимбических, дисцефальных и мезенцефальных структур [2]. При патологии данного комплекса происходит нарушение адаптации, приспособления к меняющимся условиям окружающей среды. Известно функциональное значение височных долей в формировании зрительных образов, вербальной памяти, лингвистической интеграции и высшей психической деятельности, составляющей ядро личности [3].

Нередко височные формы эпилепсии являются фармакорезистентными и плохо поддаются медикаментозной терапии. Прогрессирование мнестических, поведенческих расстройств — а наибольшее изменение личности происходит именно при височной локализации — влечет за собой рост уровня инвалидизации пациентов со значительной дезадаптацией и изменением качества жизни. В связи с этим разработка эффективных методов лечения и профилактики эпилепсии представляет актуальную медико-социальную проблему [2].

В нашем случае у пациентки К. (на фото), 64 лет, с медиально-височной формой эпилепсии с признаками латерализации, с частыми полиморфными приступами, после полученной топиико-диагностической



Пациентка К., 64 лет

и электроэнцефалографической информации, позволившей уточнить дальнейшую тактику вмешательства, при проведении хирургической коррекции (височная лоботомия) получен хороший результат с полным прекращением приступов и последующей социальной адаптацией. Прослежен 44-летний катамнез с оценкой родословной пробанда (рис. 1), качества жизни в физической и психологической сферах, в сфере социальных взаимоотношений. В возрасте 7 лет пациентка К. перенесла ЧМТ с потерей сознания, по поводу которой лечилась. Спустя полгода перенесла воспаление легких, после которого появились эпилептические припадки полиморфного характера, множественные в течение суток (до 25 раз), в виде жестовых (непроизвольных движений в правой руке) и вербальных (непроизвольный крик, нечленораздельные звуки, затруднение речи) автоматизмов длительностью 2–3 минуты, без потери сознания. Кроме того, наблюдались приступы

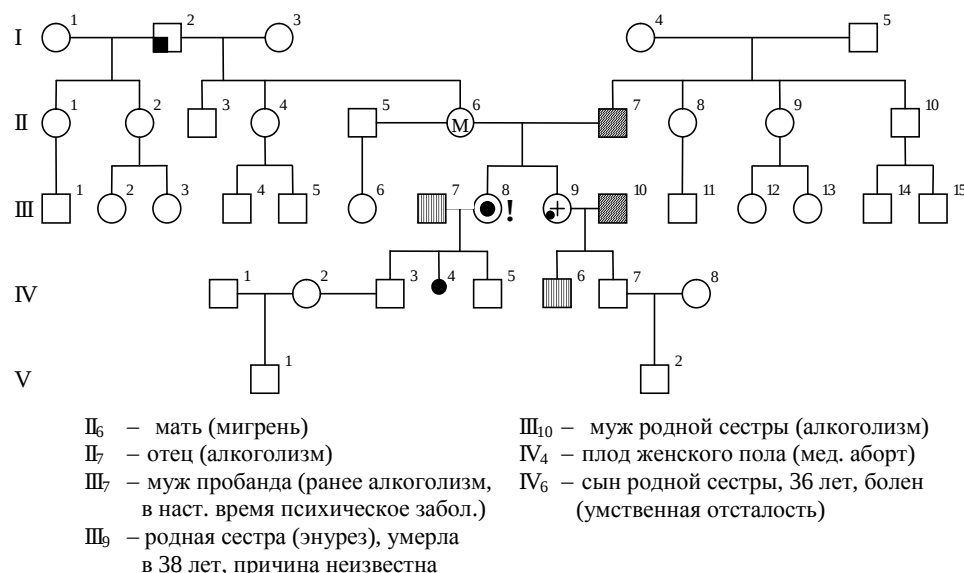


Рис. 1. Родословная пробанда

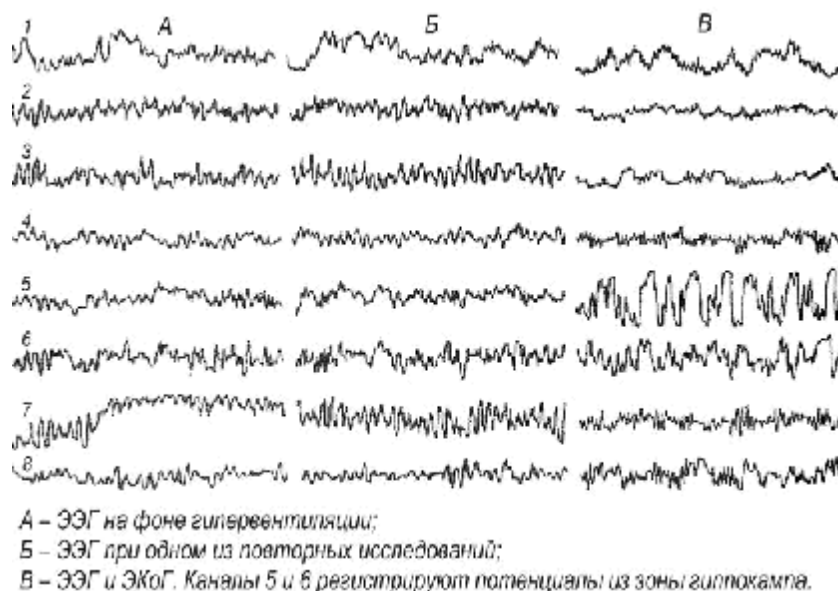


Рис. 2. ЭЭГ и ЭКоГ гиппокампа у больной К., страдающей эпилепсией

с частичным отключением сознания, во время которых пациентка перемещалась из одного места в другое и которые сопровождались аффективными компонентами, страхом. Периодически отмечались вторично генерализованные судорожные приступы.

При обращении поставлен диагноз «височная эпилепсия с частыми простыми и сложными фокальными приступами с вторичной генерализацией». Был назначен гексамедин в возрастной дозировке, затем бензонал 0,1 г × 2 раза в день. В феврале 1966 года в возрасте 18 лет пациентка К. обследована в клинике неврологии и нейрохирургии Омской государственной медицинской академии на базе Областной клинической больницы (ОКБ). Осуществлена запись биоэлектрических потенциалов головного мозга с помощью глубинных электродов (интраоперационный мониторинг), получены данные о патологической импульсации (эпилептиформной активности) гиппокампальных структур мозга (рис. 2) [4], проведена операция — височная лоботомия справа (проф. Ю. Н. Савченко). Практически сразу после операции

приступы купировались. Пациентка продолжала принимать бензонал 0,1 г × 2 раза в день, в течение трех последних лет принимает 0,1 г на ночь.

Пациентке неоднократно обследовалась после операции в клинике неврологии и нейрохирургии ОКБ, последнее обследование проводилось через 44 года после операции.

В неврологическом статусе без значительных отклонений от нормы: установочный нистагм в стороны, легкая лицевая асимметрия, девиация языка вправо. Парезов нет. Преобладание сухожильных рефлексов слева с их оживлением, положительные симптомы оральных автоматизмов, неуверенность координационных проб слева. Пациентка эмоционально активна, многоречива, быстро входит в контакт с врачом. В ее поведении и суждениях отмечается некоторая эйфоричность, что можно объяснить патологией лимбико-ретикулярных структур.

При контроле ЭЭГ (12.11.2010, врач Н. С. Стельмах) эпилептиформная активность не зарегистрирована, отмечается умеренная дезорганизация биоэлектрической актив-

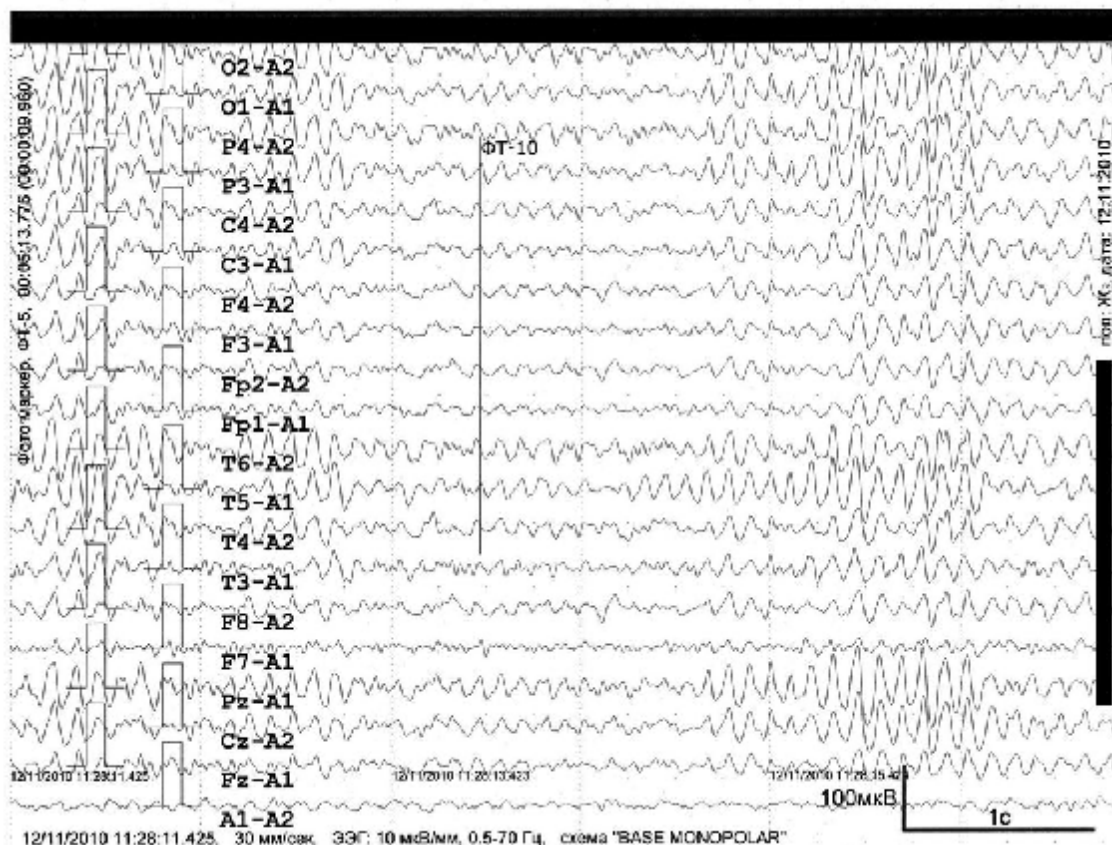


Рис. 3. ЭЭГ пробанда от 12.11.2010 г.

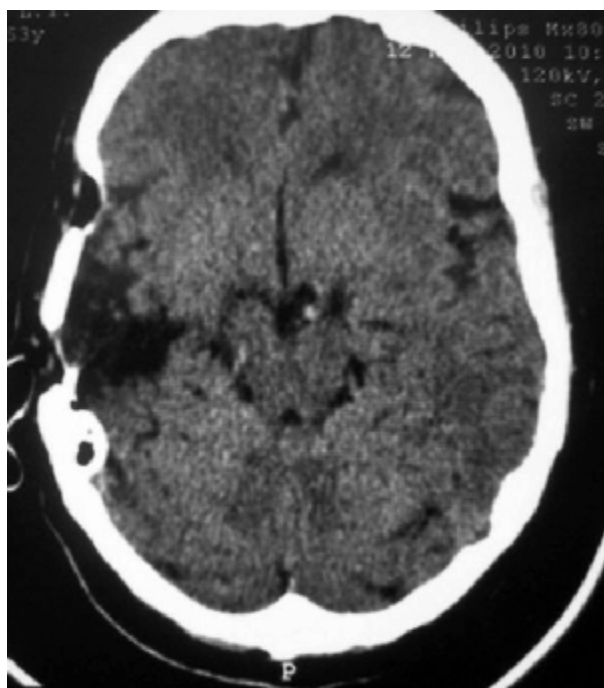


Рис. 4. МСКТ с картиной порэнцефалии височной доли

ности с наличием заостренных волн альфа-диапазона в височно-теменных отведениях справа (рис. 3).

При проведении МСКТ (12.11.2010, врач Н. Н. Василевская) головного мозга отмечается обширный кистозно-атрофический процесс в базальном отделе височной доли размером 38х43 мм с деформацией подлежащих субарахноидальных борозд и арахноидального пространства, спаячной деформацией пра-

вого височного рога, признаками сосудистой энцефалопатии (рис. 4).

Результат восстановительного лечения прямо коррелирует с повышением качества жизни. В настоящее время качество жизни — совокупная характеристика физического, психоэмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Также важным показателем здоровья и адаптации является оценка, данная самим пациентом [5].

В нашем случае благоприятный исход после оперативного лечения при наличии височного эпилептического очага с отсутствием рецидива эпилептических приступов в течение многих лет привел к психостабилизирующему эффекту с улучшением и межличностных связей, и семейно-социальной адаптации (у пациента семья, работа, соответствующая полученному образованию — распространитель печатной прессы, с хорошей оценкой собственной деятельности).

Таким образом, в генезе эпилепсии имеют значение не только структурные («инцизурный склероз»), но и функциональные нарушения гиппокампа. Это подтверждается накопившимся большим опытом диагностики так называемой височной эпилепсии и эффективного в лечебном отношении резецирования гиппокампо-миндалевидного комплекса в сочетании с фармакотерапией [4].

Библиографический список

1. Зенков, А. Р. Фармакорезистентные эпилепсии : руководство для врачей / А. Р. Зенков, А. Г. Притыко. — М. : МЕДпресс-информ, 2003. — 208 с.
2. Клинико-нейродинамические аспекты хирургического лечения эпилепсии / В. П. Берснев [и др.] // Журнал нев-

рологии и психиатрии им. Корсакова. — 2004. — № 4. — С. 11–18.

3. Калинин, В. В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией / В. В. Калинин // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 2004. — Т. 104, № 2. — С. 64–73.

4. Савченко, Ю. Н. Эпилепсия. Нейрохирургическая коррекция в комплексном лечении заболевания / Ю. Н. Савченко, А. Ю. Савченко. — Омск : Изд-во «Лори», 2007. — 427 с.

5. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией / С. А. Громов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 2002. — № 6. — С. 4–8.

НЕГРИЙ Татьяна Николаевна, врач-невролог Эпилептологического центра консультативной поликлиники Областной клинической больницы.

ЛАРЬКИН Валерий Иванович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии Омской государственной медицинской академии.

САВЧЕНКО Юрий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии Омской государственной медицинской академии, лауреат Государственной премии РФ, заслуженный врач РФ.

ТАТАРНИКОВА Валентина Михайловна, врач-невролог неврологического отделения Областной клинической больницы.

Адрес для переписки: 644111, г. Омск, ул. Березовая, 5.

Статья поступила в редакцию 13.07.2011 г.

© Т. Н. Негрий, В. И. Ларькин, Ю. Н. Савченко,
В. М. Татарникова

УДК 615.06+615.015.26+614.2

**О. С. ЧУРИНА
С. В. СКАЛЬСКИЙ
Л. В. ШУКИЛЬ**

**Омская государственная
медицинская академия**

**Управление по фармацевтической
деятельности и производству лекарств
Министерства здравоохранения
Омской области**

ОПЫТ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛЕКАРСТВ

Исследованы результаты работы Регионального центра по изучению побочных действий лекарств за период с 2005 по 2009 год. Проанализирована структура неблагоприятных побочных реакций на лекарственные препараты в Омской области. Отрегулирована система мониторинга безопасности лекарственных средств в Омской области, являющаяся одним из приоритетных направлений системы фармакологического надзора и призванная обеспечивать безопасность и эффективность лекарственной терапии.

Ключевые слова: неблагоприятная побочная реакция, Региональный центр по изучению побочных действий лекарств, мониторинг безопасности лекарственных средств.

При выборе любого лекарственного препарата для лечения пациента наряду с данными об его эффективности врач обязан принимать в расчет риск развития неблагоприятных побочных реакций (НПР), тем более что они могут стать причиной критических для жизни и здоровья пациента состояний. Кроме того, НПР ведут к дополнительным расходам на госпитализацию, реабилитацию и лечение пациентов с осложнениями, спровоцированными приемом лекарственных средств [1]. Любое лекарственное средство может вызвать нежелательные последствия даже в тех случаях, когда его применяют в соответствии со стандартными или рекомендованными методами введения. В случае заведомо неправильного применения не только снижается эффективность препарата, но и возникает опасность развития НПР. А одно-

временное введение нескольких лекарственных средств способно вызвать неблагоприятные взаимодействия между ними и, как следствие, различные осложнения.

Установлено, что НПР развиваются у 4–29 % больных, применяющих различные лекарственные средства. НПР возникают у 10–20 % больных, находящихся на лечении в стационаре, причем у 3–12 % из них вследствие НПР удлинится срок госпитализации [2]. Смертность в результате НПР занимает 4-е место после смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травм [3, с. 8].

В связи с этим в целях организации работы по выявлению, регистрации и анализу НПР 16.05.2005 года на базе Бюджетного учреждения Омской области «Территориальный Центр по сертификации и конт-