

## КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАРЦИАЛЬНОЙ ФРОНТАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Абдукадирова Д. Т., Тургунов А.Р

Андижнский государственный медицинский институт

Кафедра Неврологии

### АННОТАЦИЯ

*В данной статье представлено клинические характеристики когнитивных расстройств, наблюдаемых при фронтальной эпилепсии. Также описаны частота и возрастные особенности вегетативных нарушений, наблюдаемых при фронтальной эпилепсии.*

**Ключевые слова:** эпилепсия; когнитивные нарушения; ЭЭГ; дисгенезия мозга; ПЕП; АЭС.

Парциальная фронтальная эпилепсия является второй по распространенности и составляет примерно 30% от других форм эпилепсий. Неврологический и психический статус фронтальной эпилепсии зависит от этиологии. При фронтальной эпилепсии часто обнаруживается этиологическая связь с очаговой атрофией, травмами, нейроинфекциями, опухолями (астроцитомы и олигодендроглиомы) или артерио-венозными мальформациями (АВМ). Нередко причиной является обнаруживаемые с помощью ЯМР нарушения миграции нейронов или дисгенезии. Эпилептический статус формируется при эпилепсии лобной доли особенно часто.

Парциальные моторные приступы проявляются обычно тоническими судорогами, возникающими то с одной, то с другой стороны, или билатерально (при этом выглядят как генерализованные). Характерно тоническое напряжение с подъемом контрлатеральной руки, адверсией головы и глаз (больной как бы

смотрит на свою поднятую руку). Описано возникновение "тормозных" приступов с пароксизмальным гемипарезом. Приступы архаических движений возникают обычно в ночное время с высокой частотой (до 3-10 раз за ночь, нередко каждую ночь). Характеризуются внезапным пробуждением пациентов, криком, гримасой ужаса, двигательной бурей: размахиванием руками и ногами, боксированием, педалированием (напоминающим езду на велосипеде), тазовыми движениями (как при коитусе) и пр. Степень нарушения сознания флюктуирует, но в большинстве случаев сознание сохранено. Данные приступы следует дифференцировать от истерических и пароксизмальных ночных страхов у детей.

Больные были разделены на 2 группы: первая группа состояла из 12 больных с лобной эпилепсией с дебютом заболевания до 3х лет, Во вторую группу вошли 18 пациентов с когнитивными нарушениями и лобной эпилепсией в возрасте старше 3 лет.

Клинико-неврологическое обследование проводилось по общепринятой схеме (Гусев Е.И., 1988): подробный сбор анамнеза (у пациентов и их родственников), включающий детальное клиническое описание приступов, выяснение их характера и частоты, особенности постиктального и интериктального периодов, динамики развития заболевания, длительности и эффективности терапии (все применяемые ранее ПЭП, их дозы, наличие побочных эффектов, причины отмены препаратов), детальный анализ соматического и неврологического статусов. Тип эпилептических приступов определялся согласно Международной Классификации эпилептических припадков (ILAE 2017). Диагноз устанавливался в соответствии с Международной классификацией эпилепсий (ILAE 2017).

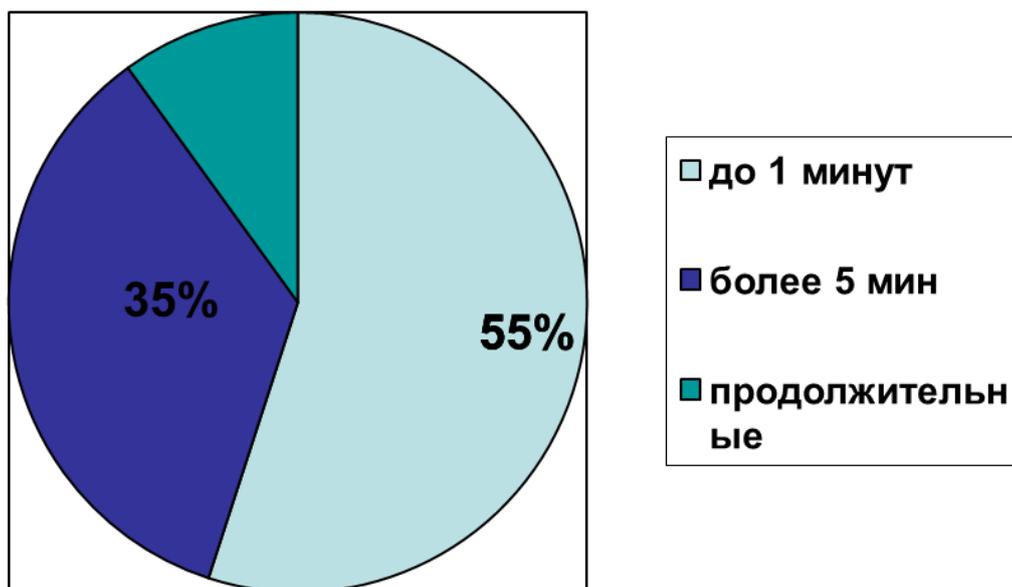
Нейровизуализация. С целью подтверждения фокальная фронтальная эпилепсии, определения локализации и величины поражения больным симптоматической эпилепсией проводились компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Учитывалось наличие корковой и

подкорковой атрофии, посттравматических изменений (дефекты костной структуры, очаги повышенной и пониженной плотности), гидроцефалии и патологии желудочковой системы, внутримозговых кальцинатов, сосудистых мальформаций, опухолей, очагов повышенной и пониженной плотности сосудистого генеза.

Результаты и обсуждение: Анализ различных этиологических факторов в генезе лобной эпилепсии у пациентов в нашем исследовании показал, что у подавляющего числа пациентов вероятной этиологической причиной заболевания явилось перинатальное поражение головного мозга гипоксически-ишемического или инфекционного генеза (43,4%), в 23,4% случаев – заболевание было обусловлено наличием структурных аномалий головного мозга. По данным Никаноровой М.Ю. с соавт. (2001), при фокальных эпилепсиях у детей раннего возраста среди этиологических факторов большую долю составляли гипоксически-ишемические повреждения и дисгенезии мозга (20,6%/7,9%).

При анализе клинических данных эффективность применения АЭП в группах пациентов с дебютом эпилепсии с возникновения ВГП до 3 лет и в более старшем возрасте сопоставима (в данных группах пациентов также не выявлялось достоверных различий по частоте выявления патологических изменений на МРТ головного мозга).

Согласно полученным нами данным, общие характеристики лобных приступов включают либо короткую продолжительность (до 1 мин) у 55% пациентов, или длительную продолжительность (более 5 минут) у 35% пациентов, высокую частоту (ежедневные в 78,2% случаев), приуроченность ко сну была в 34,1% случаев.



Fogarasi A. et al. (2001), анализируя семиологию лобных приступов у пациентов в возрасте до 7 лет показали, что в качестве наиболее значимой клинической особенности можно выделить их высокую частоту (ежедневные). Кроме того, Fogarasi A. et al. (2001) обнаружили, что для лобных приступов характерна короткая продолжительность (менее одной минуты). Da Silva E. et al. (1997) в своем исследовании установили, что у 31% детей с лобной эпилепсией отмечаются ночные приступы. Таким образом, полученные нами объективные результаты соотносятся с данными других авторов.

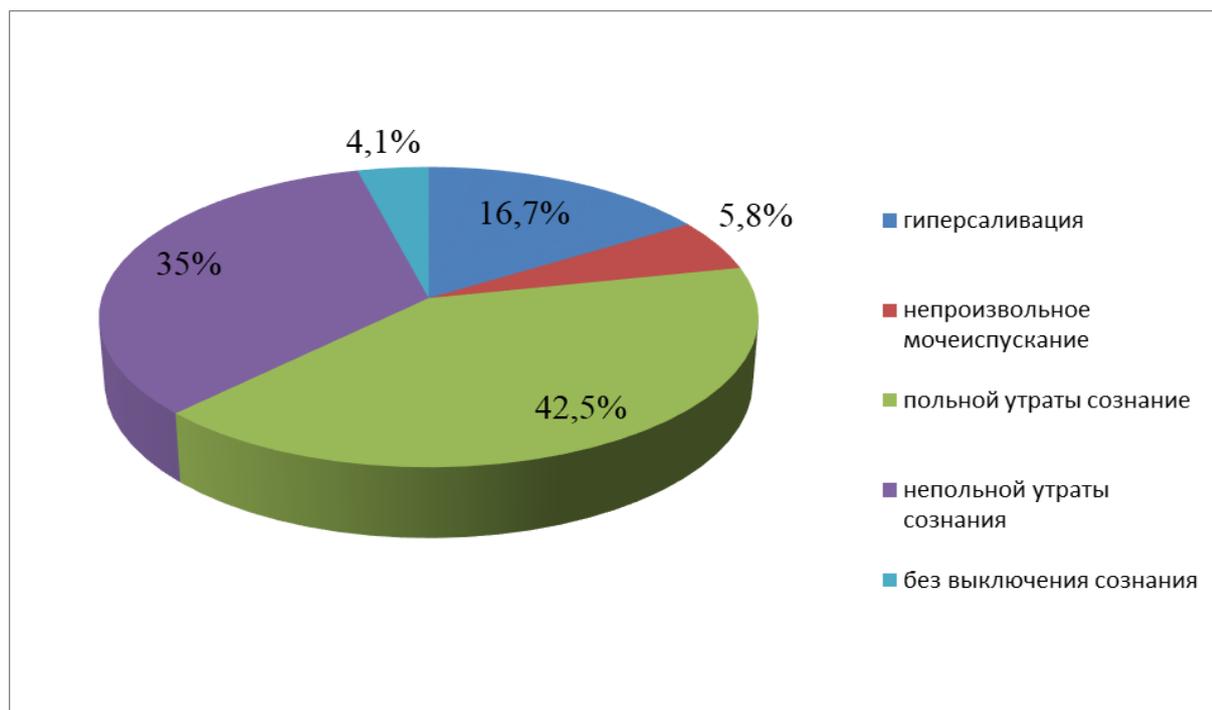
По данным видео-ЭЭГ-мониторинга, внезапное начало приступов отмечалось у 75% пациентов. У 7,3% пациентов отмечалось появление ауры, в основном психоэмоциональной окраски, в виде безотчетного страха в 3,3% случаев, депрессии в 0,8% случаев, головной боли в 1,6% случаев, соматосенсорной ауры в 0,8% случаев, дезориентации - в 0,8% случаев.

В кинематике лобных приступов генерализованное тоническое напряжение отмечалось в 47,5% случаев. У 35% пациентов отмечались версивные приступы, у 41,7% пациентов миоклонические приступы отмечались в сочетании с другими видами приступов или являлись окончательным видом трансформации приступов в процессе эволюции эпилепсии. Гипермоторные приступы

отмечались у 14,9% пациентов, атонические у 10,8% пациентов. Двигательные симптомы при лобных приступах у взрослых являются основным клиническим проявлением, и, как правило, отмечаются уже в начале заболевания (Chauvel P. et al. 1995). Тонические позы отмечаются в 8-38% случаев у взрослых пациентов (O'Brien T. et al., 1999). Fogarasi et al. (2001) наблюдали их при лобных приступах у 64% пациентов в возрасте до 7 лет. Кроме того, ведущими по частоте были тонические, клонические приступы и инфантильные спазмы. В нашем исследовании у 29% пациентов заболевание дебютировало с возникновения инфантильных спазмов, а тонические приступы отмечались почти в половине случаев. Acharya G. et al. (1998) показали, что у детей локальное иктальное возбуждение часто приводит к быстрой генерализации при фокальных эпилепсиях. Очевидно, что в связи с гипервозбудимостью корковых структур и высокой скорости распространения возбуждения в незрелом головном мозге ребенка, фокальные триггеры активируют подкорковые образования, демонстрируя клинические паттерны генерализованных приступов (Dulac O. et al., 1999).

Наряду с этим, в клинической картине приступов у наблюдаемых нами пациентов выявлялись компоненты автоматического поведения, а именно ороалиментарные автоматизмы в 8,3% случаев, аутомоторные в 2,5% случаев, кистевые автоматизмы в 1,6% случаев, автоматизмы сексуального характера в 2,5% случаев, геластический компонент в виде насильственного смеха отмечался в 5% случаев. В нашем исследовании только у 16,9% пациентов отмечались вокализмы вербального или вербального характера в отличие от данных Fogarasi et al. (2001), наблюдавших более высокую частоту вокализмов при лобных приступах (у 36% пациентов).

Вегетативные проявления в виде гиперсаливации отмечались в 16,7% случаев. В 5,8% случаев отмечалась непроизвольное мочеиспускание. Приступы протекали на фоне полной утраты сознания в 42,5%, на фоне неполной утраты в 35% случаев, без выключения сознания в 4,1% случаев.



В нашем исследовании было обнаружено, что у пациентов с сочетанием нескольких видов приступов в 80% случаев выявляются патологические изменения при нейровизуализации в виде церебральных дисгенезий. Кроме того, в этой группе пациентов приступы в процессе эволюции заболевания чаще трансформировались во вторично-генерализованные, а также простые или сложные парциальные приступы. Таким образом, ценность исследований возраст-зависимой эволюции приступов у пациентов, отражающей трансформацию незрелой иктальной манифестации в типичную зрелую иктальную семиологию приступов у взрослых, важна для определения путей дальнейшего диагностического поиска и решения вопроса о необходимости проведения МРТ в эпилептологическом режиме.

Суммируя вышеизложенное, можно заключить, что клинические характеристики у пациентов с лобной эпилепсией лишь в небольшой степени могут служить критериями в дифференциальной диагностике приступов различной генерации. Семиология лобных приступов у детей очень вариабельна и часто не зависит от зоны локализации иктогенной активности. В связи с этим,

трудно переоценить важность проведения видео-ЭЭГ исследований, что позволяет уже на ранних этапах заболевания предположить фокальный характер эпилепсии и своевременно определить направление диагностического поиска и в дальнейшем профиля оказываемой медицинской помощи, прогноза эпилепсии.

### Использованная литература

1. Байдина Т. В. Стандарты современной противоэпилептической терапии / Перм.гос.мед.академия.-Пермь, 1999.- с.139-147.
2. Биниарушвили Р. Г., Вейн А. М., Гафуров Б. Г., Рахимджанов А.Г. Эпилепсия и функциональное состояние мозга. Ташкент: Медицина 2000
3. Гехт А. Б., Лебедева А. В., Дзугаева Ф. К. и др. Клинико-нейрофизиологические и иммуно-биохимические особенности больных с фармакорезистентными формами эпилепсии / Эпилепсия и клиническая нейрофизиология. — Гурзуф, 2000. — С. 196—198
4. Гусев Е.И., Гехт А.Б. Эпилепсия: социальные аспекты, консервативное и хирургическое лечение / Эпилепсия и клиническая нейрофизиология. Гурзуф, 2000. — С. 170—174.
5. Карлов В.А. Эпилептические энцефалопатии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2006 №2.
6. Мухин К.Ю. Симптоматическая-лобная эпилепсия. Атлас электро-клинической диагностики. Москва; 2004, с.364-388.