

Сьогодні переважає думка, що ранні напади епілепсії не потребують негайного призначення ПЕП [4, 7, 12–14, 22, 25–29]. Необхідне динамічне спостереження за пацієнтом. Призначати антиконвульсанти слід при появі у хворого повторних непровокованих нападів. Дискутабельним є питання щодо профілактичного призначення ПЕП пацієнтам, які перенесли інсульт. За рекомендаціями Американської інсультної асоціації, їх призначають з профілактичною метою в гострому періоді пацієнтам при виникненні лобарного чи субарахноїдального крововиливу [15, 17]. Профілактичне призначення ПЕП пацієнтам, які перенесли ішемічний інсульт, не рекомендоване, хоча можливе [10, 11].

Мета дослідження – прогнозування виникнення симптоматичної епілепсії після інсульту залежно від застосування антиконвульсантів у хворих після першого епілептичного нападу.

Матеріали і методи. Проведене комплексне обстеження 1012 хворих (562 чоловіків і 450 жінок) віком від 49 до 90 років, які перенесли ішемічний інсульт, протягом 2011–2014 рр. в умовах Мукачівської центральної районної лікарні. Інструментальні дослідження проводили у період між нападами. Неврологічний огляд здійснювали за загальноприйнятою методикою з оцінкою за шкалою тяжкості інсульту Національного інституту здоров'я США (NIHSS). Візуалізацію структур головного мозку виконували за даними магніторезонансної томографії (МРТ) на апараті з напругою 0,25 Тл в режимах T1, T2, FLAIR, з застосуванням МР-ангіографії. Функціональний стан головного мозку оцінювали за даними електроенцефалографії (ЕЕГ). За допомогою транскраніальної доплерографії досліджували артерії каротидного і вертебробазиллярного (ВББ) басейнів, визначали середню лінійну швидкість кровотоку (ЛШК), реактивність при дилататорній (Кр +) і констрикторній (Кр) відповіді. Проводили дуплексне екстракраніальне і транскраніальне дослідження судин головного мозку з оцінкою рівня і ступеня стенозу, а також цереброваскулярної реактивності (ЦВР).

Цифровий матеріал оброблений з використанням програм Microsoft Excel, Statistica (v 6.0). Попарне порівняння частот в контрольній та основній групах проводили за допомогою критерію χ^2 . Для оцінки значущості відмінностей кількісних ознак, розподіл яких відмінний від нормального, застосовували критерій Краскела – Уолліса. Перевірку нормальності розподілу кількісних показників виконували з використанням критерію Колмогорова – Смирнова. Достовірність відмінностей оцінювали за $P < 0,05$.

У строки спостереження до 6 міс після перенесеного інсульту хоча б один епілептичний напад виник у 151 пацієнта (рис. 1).

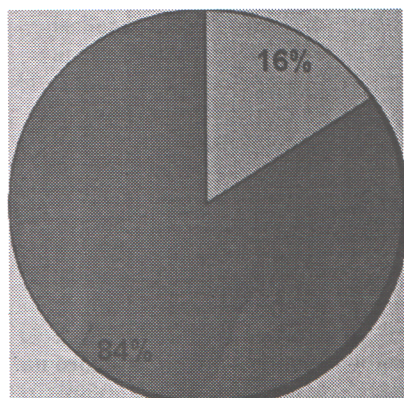


Рис. 1. Кількість хворих, у яких виник епілептичний напад у строки до 6 міс після перенесеного інсульту:

■ – напад був; ■ – нападу не було

Епілептичні напади виникли у 16 % хворих, в тому числі 86 чоловіків та 75 жінок. За типом нападів переважали фокальні – у 89,9 % хворих ($P < 0,001$), в 11,1 % – діагностовані первинно-генералізовані епілептичні напади. У 2,4 % хворих при дебюті ішемічного інсульту або у строки до 7 діб виник епілептичний статус. З ранніх постінсультних нападів частіше діагностували прості парціальні (у 55,4 %; $P < 0,01$). Схожі результати наводять й інші дослідники [13, 17–19], у 50–90 % спостережень ранні постінсультні епілептичні напади були простими парціальними. Відзначене переважання парціальних нападів з вторинною генералізацією у хворих за ранніх нападів [20]. Інші дослідники [21, 22] спостерігали більш високу частоту (відповідно 50 і 74 %) виникнення первинно генералізованих тоніко-клонічних нападів в ранньому періоді інсульту.