

Епілептичні напади можуть виникати у різні періоди інсульту і, залежно від строків їх появи, виділяють напади-провісники, ранні і пізні напади. Сьогодні немає єдиної думки щодо строків виникнення цих нападів. Під час проведення дослідження ми, як і інші фахівці, які займаються проблемою постінсультної епілепсії, дотримуємося запропонованої у 1962 р. класифікації G. Varolin і спів-авт. [23].

1. Напади-провісники передують інсульту (з обстежених нами хворих, які перенесли ішемічний інсульт, напади-провісники відзначали у 10 %).
2. Ранні напади виникають у строки до 7 днів після ГПКГМ (за результатами нашого дослідження – у 41 % хворих).
3. Пізні напади виникають через 7 днів після ГПКГМ (за нашими даними – у 49 % хворих).

За нашими спостереженнями, ранні напади відзначали у 40,5 % хворих при ішемічному інсульті в лівому каротидному басейні ( $P < 0,05$ ); у 42,9 % – у правому каротидному басейні, у 16,6 % – у ВББ; пізні напади – у 45,9 % хворих при інсульті в лівому, у 44,7 % – у правому каротидному басейні. Пізні напади при інсульті у ВББ відзначали в 11,4 % спостережень.

Пацієнти, у яких виник хоча б один епілептичний напад після інсульту, розподілені на дві групи: I – 81 пацієнт, з них 43 чоловіка і 38 жінок, II – 80 хворих, з них 43 чоловіка і 37 жінок. Вік хворих I групи у середньому ( $65,00 \pm 1,2$ ) року, II групи – ( $64,00 \pm 1,32$ ) року.

У I групі хворим відразу після першого епілептичного нападу призначали ПЕП відповідно до типу нападу, карбамазепін (400–1000 мг/доба з поступовим титруванням дози), вальпроати (600–1500 мг/доба), ламотриджин (200 мг/доба з поступовим титруванням), для коректного лікування в усіх хворих проводили моніторинг вмісту ПЕП у плазмі крові з подальшою корекцією дози.

У хворих II групи після першого епілептичного нападу ПЕП не використовували, тільки спостерігали за станом пацієнта та динамікою як основного захворювання, так і повторним виникненням епілептичного нападу.

При епілептичних нападах вогнищева патологічна активність за даними ЕЕГ виявлена у 39,5 % хворих переважно у скроневій ділянці (у 87,3 %;  $P < 0,001$ ). Переважала лівобічна локалізація вогнищевої активності (у 59,6 % спостережень порівняно з 40,4 % – у правій півкулі) великого мозку, як ішемічного інсульту (у 57,7 %), так і хронічної ішемії головного мозку без клінічних проявів інсульту (у 63,7 %).

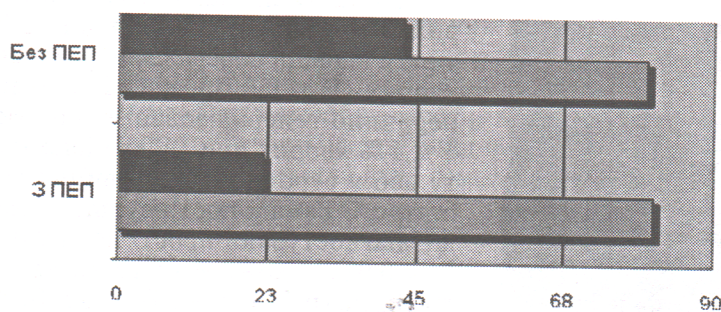


Рис. 2. Порівняння частоти виникнення епілептичних нападів через 1 рік після першого нападу залежно від проведення протиепілептичного лікування:

■ – через 1 рік після першого нападу; ■ – на момент першого нападу

Слід підкреслити значення ЕЕГ у хворих при ішемії головного мозку з формуванням пароксизмальних станів, а також при інсульті з порушенням свідомості, навіть без клінічних ознак судомного синдрому, з метою ранньої діагностики безсудомного епілептичного статусу і своєчасної корекції терапії.

Р  
никн  
друг  
пості  
У  
тичні  
У  
у 43  
В  
що у  
слідж  
один  
після  
резул  
значе  
інсул

1. Вл  
па  
№  
2. Гех  
чен  
3. Гех  
200  
4. Гех  
ме  
5. Гех  
Жу  
6. Гех  
№  
7. Да  
ше  
8. Кар  
9. Пр  
бол  
198  
10. Ad  
isch  
atic  
11. Ad  
wit  
12. Alb  
pre  
N3  
13. Arb  
mor  
14. Bar  
N2  
15. Bed  
sub  
16. Bla  
stud  
17. Bro  
rebr  
the  
18. Cam  
N7