

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

На правах рукописи
УДК:616.8+616.8-089.

МУХАМЕДЖАНОВА НИГОРА МИРСАЛИМОВНА

**СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ
И КОРРЕКЦИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**

14.00.13 – Нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной
степени кандидата медицинских наук

Ташкент – 2011

Работа выполнена в Ташкентской Медицинской Академии

Научный руководитель: доктор медицинских наук
Муратов Фахмитдин Хайритдинович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Шамансуров Шоанвар Шамуратович

доктор медицинских наук, профессор
Джурабекова Азиза Тахировна

Ведущая организация: Казахский национальный медицинский
университет имени С.Д. Асфендиярова

Защита диссертации состоится «___» _____ 2011 года в ___ часов
на заседании Специализированного совета Д.087.49.02 при Ташкентском ин-
ституте усовершенствования врачей (100007, г.Ташкент, ул.Паркентская,51).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентского института
усовершенствования врачей.

Автореферат разослан «___» _____ 2011 г.

**Ученый секретарь
Специализированного Совета
доктор медицинских наук**

Ешимбетова С.З.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Клиническое и социальное значение черепно-мозговой травмы (ЧМТ) определяется как частотой, составляя 30—40% всех травм мирного времени, так и многообразием ее последствий различной тяжести (Макаров А.Ю., 2002; Петрова М.Ю., 2004; Дралюк М.Г., 2007; Субботин А.В., 2008; Risdall J.E., 2011). В настоящее время различные аспекты отдаленных последствий травмы головного мозга остаются актуальными как для неврологов, нейрохирургов, психиатров, так и для врачей многих других специальностей. Это обусловлено тем, что одним из наиболее частых последствий черепно-мозговой травмы является посттравматическая эпилепсия (ПТЭ) (Мишнякова Л.П., 2008; Муртазаев Ж.Б., 2010; Ярмухаметова М.Р., 2010; Frey L.C., 2003; Agrawal A., 2006).

ПТЭ можно характеризовать как один из вариантов последствий ЧМТ с ведущим эпилептическим синдромом, что проявляется, соответственно, систематически повторяющимися эпилептическими приступами, чаще всего судорожного характера. Говоря об особенностях клинических проявлений и течения ПТЭ, следует отметить, что в первую очередь их определяет место эпилептического синдрома в структуре последствий ЧМТ: является он единственным, ведущим или всего лишь одним из слагаемых сложного комплекса неврологических нарушений – последствий перенесенной ЧМТ. Существенную роль при этом играет выраженность сопутствующих эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических расстройств (Авакян Г.Н., 2004; Горохов Н.А., 2010; Шахбанов С.А., 2010; Letizia M., 2003; Garga N., 2006).

В последние годы увеличивается количество публикаций, посвященных исследованию когнитивных функций при различных неврологических заболеваниях (Захаров В.В., 2006; Яхно Н.Н., 2006). Проблема нарастания когнитивного дефицита рассматривается в тесной связи с прогрессированием патологического процесса, в том числе и при симптоматических формах эпилепсии у взрослых (Калинин В.В., 2006; Гребенюк О.В., 2008; Низаметдинова Д.М., 2010).

Сегодня когнитивные нарушения уже не являются абсолютно некурабельным состоянием (Мамчур В.И., 2009; Зайцева Т.А., 2010). При этом чрезвычайно важной является своевременная диагностика и как можно более раннее начало терапии когнитивных расстройств. В настоящее время, к сожалению, существует серьезная проблема запоздалой диагностики когнитивных нарушений, нередко только на этапе тяжелой деменции, когда терапевтические возможности уже невелики.

Раннее выявление лиц, у которых в последующем может развиваться деменция, является одним из наиболее актуальных направлений исследований в эпилептологии. Важность исследования когнитивных расстройств очевидна и обусловлена тем, что своевременное выявление этих нарушений, несомненно, повышает качество жизни больных и расширяет возможности терапевтического воздействия, которое в идеале может отсрочить или даже предотвратить наступление социальной дезадаптации.

Степень изученности проблемы. Анализ литературы показал, что в последние десятилетия изучались вопросы, связанные с клинической симптоматикой, патогенезом, предикторами развития и факторами риска, диагностикой посттравматической эпилепсии (Макаров А.Ю., 2000; Казаков А.Ю. 2003; Маслова Н.Н., 2003; Курбанова С.А., 2007; Gupta Y.K., 2006; Diaz-Arrastia R., 2009). Работы, описывающие патологию высшей нервной деятельности при эпилепсии, прежде всего касаются грубых личностных и интеллектуально - мнестических нарушений (Калинин В.В., 2004; Воронкова К.В., 2005; Brown S., 2002). Вместе с тем, вопросы оценки когнитивных функций, их своевременной медикаментозной коррекции при посттравматической эпилепсии в литературе освящены недостаточно и имеют противоречивый характер.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Настоящее исследование является фрагментом укрупненной тематики НИР ТМА «Поиск новых путей повышения эффективности диагностики и лечения внутренних болезней. Рациональные пути профилактики» Номер Госрегистрации: 01.070070).

Цель исследования: изучить особенности когнитивных и клинико-нейрофизиологических нарушений у больных с посттравматической эпилепсией, коррекция принципов их терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности когнитивных нарушений у больных посттравматической эпилепсией в зависимости от длительности заболевания и характера противосудорожной терапии.

2. Изучить особенности эмоциональных расстройств у больных посттравматической эпилепсией и их взаимосвязь со степенью когнитивного дефицита.

3. Исследовать роль функционального состояния коры головного мозга в зависимости от степени выраженности когнитивных расстройств и особенности нарушений церебральной гемодинамики у больных посттравматической эпилепсией.

4. Изучить динамику когнитивных, эмоциональных и нейрофизиологических изменений на фоне комплексной медикаментозной терапии.

Объект и предмет исследования: 142 больных, из них 56 больных посттравматической эпилепсией, 52 пациента с посттравматической энцефалопатией и 34 больных с идиопатическими эпилепсиями. Для исключения возрастных когнитивных нарушений в исследование были включены лишь пациенты молодого возраста.

Методы исследования: клинико-неврологические, нейропсихологические методы: тест MMSE и батарея лобной дисфункции для оценки степени когнитивного дефицита, определение свойств внимания по таблицам Шульце с модификацией Горбова, тест на запоминание 10 слов А.Р.Лурия, шкала Спилбергера-Ханина для оценки уровня тревожности, нейрофизиологические ЭЭГ, нейровизуализационные МРТ (или) КТ, доплерография сосудов головного мозга (ТКДГ).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В нейропсихологической картине больных посттравматической эпилепсией преобладают тяжелые и умеренные когнитивные нарушения. Наиболее распространёнными расстройствами являются нарушения памяти и концентрации внимания. По мере прогрессирования заболевания, присоединяется апракто-агностический синдром, нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций. Развитие когнитивных расстройств больше зависит от частоты припадков и принимаемой антиэпилептической терапии, чем от давности заболевания.

2. Уровень тревожных расстройств у больных посттравматической эпилепсией зависит от степени когнитивного дефицита и характеризуется снижением реактивной тревожности и увеличением личностной тревожности по мере прогрессирования заболевания. Показатели реактивной и личностной тревожности у больных посттравматической эпилепсией имеют половые различия. Для мужчин характерна лёгкая степень реактивной тревожности и личностная тревожность средней и тяжелой степени выраженности. У женщин с посттравматической эпилепсией преобладает реактивная тревожность средней тяжести и тяжёлая степень личностной тревожности.

3. Наличие и степень когнитивного дефицита у больных посттравматической эпилепсией имеет прямо пропорциональную зависимость от состояния биоэлектрической активности коры головного мозга. Состояние церебральной гемодинамики у больных посттравматической эпилепсией имеет свои особенности и характеризуется преобладанием признаков ангиодистонии сосудов головного мозга.

4. Применение фенотропила и пантокальцина в комплексной терапии у больных посттравматической эпилепсией оказывает положительное влияние на когнитивную сферу больных и позволяет дольше сохранить их социальную адаптацию. Действие фенотропила более выражено в отношении показателей слухоречевой памяти и внимания, а пантокальцина – в отношении тревожных расстройств. Оба эти препарата улучшают состояние биоэлектрической активности коры головного мозга, характеризующееся уменьшением дезорганизации ЭЭГ.

Научная новизна. Впервые исследованы когнитивные нарушения при посттравматической эпилепсии в зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы, частоты и типов припадков, длительности заболевания и характера принимаемого противосудорожного препарата. Впервые изучена взаимосвязь когнитивных и эмоциональных (тревожных) расстройств, а также доказаны гендерные (половые) различия эмоциональной сферы у больных посттравматической эпилепсией. Впервые изучены особенности церебральной гемодинамики у больных посттравматической эпилепсией. Показана зависимость степени когнитивного дефицита от состояния биоэлектрической активности коры головного мозга. Разработаны рекомендации к тактике лечения когнитивных нарушений у больных посттравматической эпилепсией.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Результаты работы помогут улучшить диагностику и лечебную тактику когнитивных нарушений у больных посттравматической эпилепсией. Учитывая большой удельный вес черепно-мозговых травм у детей, подростков и молодых людей и высокую частоту развития посттравматической эпилепсии, важность исследования заключается в том, что своевременная профилактика и выявление этих нарушений повышает качество жизни больных и расширяет потенциальные возможности терапевтического воздействия, которое может отсрочить или даже предотвратить наступление социальной дезадаптации.

Реализация результатов. Результаты работы внедрены в лечебно-диагностическую практику отделений неврологии и интенсивной неврологии 1-клиники ТМА, в отделение неврологии Зангиатинского РМО, в отделение неврологии ГКБСМП, а также они включены в учебный процесс кафедры нервных болезней ТМА. По материалам работы опубликованы методические рекомендации: «Диагностика и коррекция когнитивных расстройств при посттравматической эпилепсии».

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены на научно-практическом семинаре «Современные взгляды на патогенез и лечение когнитивных расстройств различной этиологии» (Ташкент 2010 г.); на научно-практической конференции аспирантов и соискателей «Дни молодых учёных» (Ташкент 2010г.); на Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии» (Ташкент 2010 г.); на 159-ом заседании ассоциации неврологов Узбекистана (Ташкент 2011 г.). Работа апробирована на кафедральном заседании кафедры нервных болезней ТМА (Ташкент 2011 г.), межкафедральной конференции кафедр: нервных болезней, психиатрии с курсом медицинской психологии, клинической фармакологии, травматологии и нейрохирургии лечебного факультета ТМА (Ташкент 2011 г.), на научном семинаре при Специализированном совете Д.087.49.02 (Ташкент 06.06.2011 г., протокол №32).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 3 статьи, 2 из них опубликованы в зарубежных научных журналах и сборниках, 8 тезисов (4 их них за рубежом) и 1 методическая рекомендация.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 152 страницах, включая 28 страниц со списком литературы, и состоит из введения, обзора литературы, раздела «материал и методы исследования», 2 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Список литературы включает 265 источников (130 стран СНГ и 135 иностранных). Диссертация иллюстрирована 27 таблицами, 6 рисунками и 4 клиническими примерами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении изложена актуальность изучаемой проблемы, связь диссертационной работы с тематическими планами НИР, цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость результатов исследования, основные

положения, выносимые на защиту, внедрения результатов работы, апробации, структура и объем диссертации.

В первой главе изложено современное представление о патогенезе и диагностике посттравматической эпилепсии, вопросы мнестико–интеллектуальных расстройств при эпилепсии и нейропротекторной терапии.

Во второй главе отражены объекты, материал и методы исследования, дается характеристика проведенных исследований. В условиях отделения неврологии 1-ой клиники Ташкентской медицинской академии нами было обследовано 142 больных: 56 больных посттравматической эпилепсией (39,4%), 52 пациента с посттравматической энцефалопатией (36,6%) и 34 больных идиопатическими эпилепсиями (24%). Все больные были разделены на 3 группы: основную группу и 2 группы сравнения.

Основную группу составили 56 больных посттравматической эпилепсией: 19 женщин (34%) и 37 мужчин (66%) в возрасте от 16 до 47 лет, средний возраст которых составил $31,6 \pm 1,1$ года. В первую группу сравнения вошли 52 больных, которых мы объединили в группу больных с посттравматической энцефалопатией (ПЭ): 21 женщина (39,6%) и 32 мужчины (60,3%) в возрасте от 16 до 48 лет, средний возраст которых составил $31,2 \pm 1,2$ года. Во второй группе сравнения насчитывалось 34 больных с идиопатической формой эпилепсией: 22 женщины (64,7%) и 12 мужчин (35,2%), средний возраст которых составил $27,9 \pm 0,8$ года.

Разделение пациентов по типам припадков осуществлялось в соответствии с Международной классификацией эпилептических припадков (1981). У больных основной группы наиболее часто встречалась генерализованная форма эпилептических припадков (87,5%) и у 7 больных была диагностирована парциальная форма эпилептических припадков (12,5%). В группе больных с идиопатической эпилепсией в 94,1% случаев встречалась генерализованная форма эпилептических припадков, у двух больных были зарегистрированы сложные парциальные припадки (5,9%).

В работе использованы клинико–неврологические, нейрофизиологические (ЭЭГ), доплерографические (ТКДГ), нейровизуализационные (КТ или МРТ) и нейропсихологические методы исследования.

В третьей главе отражены результаты исследования неврологических, когнитивных функций, гемодинамических и нейрофизиологических методов исследования.

При тестировании больных по тесту MMSE показало (рис.1), что балльная выраженность когнитивных нарушений при посттравматической (22,2 балла) и идиопатической (23,1 балла) эпилепсии достоверно не отличались между собой и соответствовали когнитивным нарушениям легкой степени. В то же время средние значения теста при посттравматической энцефалопатии достоверно отличались от таковых основной группы и соответствовали недементным нарушениям (24,4 балла). Учитывая нечувствительность теста MMSE к нарушениям функционирования лобных долей, дополнительно было проведено тестирование по батарее лобной дисфункции, позволившее более достоверно выявить тяжёлые когнитивные расстройства. Так, по данному тесту средние значения теста в ос-

новой группе соответствовали умеренным когнитивным нарушениям и достоверно отличались как от группы больных с идиопатической эпилепсией (14,4 балла), так и больных с посттравматической энцефалопатией (15,8 балла), что соответствовали пограничным нормативам между недементными когнитивными расстройствами и нарушениям легкой степени и были значительно лучше показателей больных посттравматической эпилепсией.

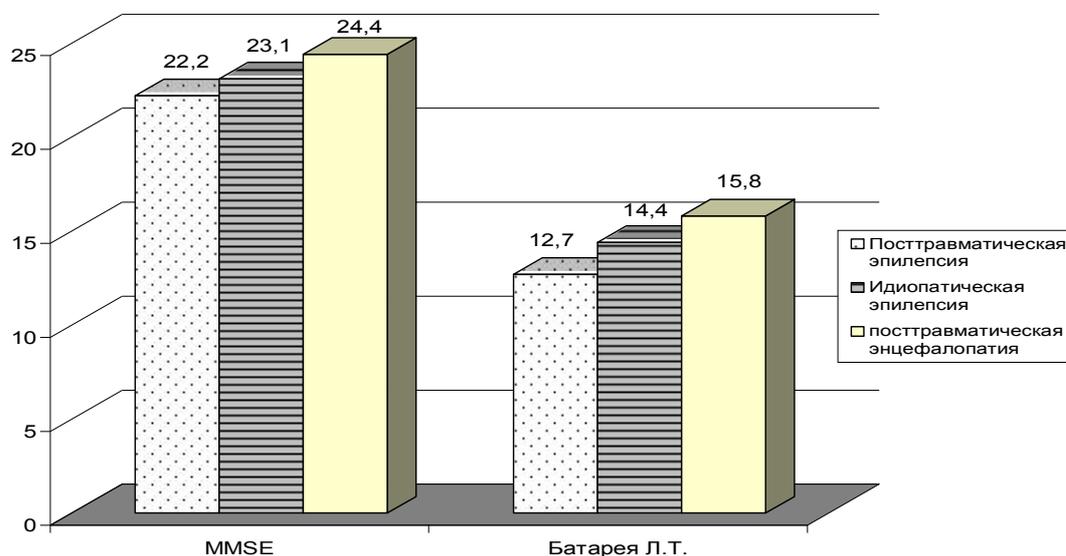


Рис.1. Показатели теста MMSE и батареи лобных тестов у обследованных больных.

Анализ степени нарушения когнитивных функций по тесту MMSE выявило значительное преобладание легких когнитивных нарушений у больных с посттравматической эпилепсией (39,3%) и идиопатической эпилепсией (33,3%), тогда как при посттравматической энцефалопатии преобладали недементные нарушения (53,9%). Тяжелые нарушения когнитивных функций наблюдались у единичных больных во всех трех группах.

Детальный анализ когнитивных нарушений у больных исследуемых групп выявил преобладание нарушений произвольной памяти в её слухоречевой модальности чаще у больных посттравматической эпилепсией (88,6%) по сравнению с пациентами группы посттравматической энцефалопатии (58,4%). При этом они имели место как у больных с тяжелой и умеренной деменцией, так и у больных с недементными нарушениями.

Сравнительная характеристика степени когнитивного дефицита в зависимости от принимаемого противосудорожного препарата показала, что наиболее худшие показатели когнитивных расстройств отмечались у больных принимавших таблетки бензонала (11,4 и 21,6 балла) и карбамазепина (12,5 и 22,3 балла). Более высокие показатели получены для больных принимавших вальпроаты (15,5 и 25,6 балла) и ламотриджин (14,7 и 24,8 балла) ($p < 0,05$).

При анализе результатов исследования по тесту на запоминание 10 слов были выявлены нарушения, как в непосредственном запоминании, так и измене-

ния долговременной памяти. Так, в основной группе и больных с эпилепсией отмечалось достоверно меньшее количество воспроизводимых слов сразу после заучивания слов ($5,6 \pm 0,2$ и $5,8 \pm 0,3$ соответственно) и после 10 минут ($3,8 \pm 0,24$ и $4,2 \pm 0,31$ слов) по сравнению с больными посттравматической энцефалопатией ($6,8 \pm 0,19$ и $5,2 \pm 0,25$). После 20 минут больные с посттравматической эпилепсией воспроизводили достоверно меньше слов ($2,9 \pm 0,3$) по сравнению с больными эпилепсией ($3,8 \pm 0,3$) и посттравматической энцефалопатией ($4,7 \pm 0,26$).

По мере увеличения степени когнитивного дефицита отмечалось достоверное снижение количества воспроизводимых слов. Больные основной группы с легкими и умеренными когнитивными расстройствами сразу после заучивания вспоминали $5,4 \pm 0,27$ и $4,5 \pm 0,4$ слов соответственно, а через 20 минут $2,3 \pm 0,4$ и $1,2 \pm 0,25$ слов ($p < 0,05$). Аналогичная картина наблюдалась и у больных с идиопатической эпилепсией, хотя через 20 минут они вспомнили несколько больше слов, чем пациенты основной группы ($4,4 \pm 0,68$ и $2,0 \pm 0,41$ слов). У больных с посттравматической энцефалопатией по мере нарастания когнитивного дефицита сразу после заучивания количество воспроизводимых слов существенно не отличалось, а через 10 и 20 минут больные вспомнили $4,3 \pm 0,45$ и $3,0 \pm 0,44$ слов. Больные с тяжёлыми нарушениями не могли воспроизвести ни одного слова с самого начала заучивания.

На втором месте по частоте встречаемости были нарушения концентрации внимания при выполнении задания прочитать слово наоборот (тест MMSE), а также при счёте в уме, которые в 3,5 раза чаще встречались у больных основной группы.

Пробы на конструктивный праксис у больных посттравматической эпилепсией с тяжёлыми и умеренными когнитивными расстройствами выявили нарушения рисования геометрических фигур по эталону. При этом полное несоответствие фигур отмечалось у больных, обследованных на 2-3 сутки после эпилептического статуса (7%). Расстройства динамического праксиса (по батарее лобной дисфункции) у больных, перенесших эпилептический статус, характеризовались ошибочным выполнением движений рук при всех трех попытках, но высоким уровнем притязаний (переоценкой собственных возможностей).

Тревога у больных с эпилепсией выступает как вторичное психическое расстройство, обусловленное реакцией личности на информацию о наличии значимого заболевания. Тревожные расстройства были весьма вариабельны в 3 исследуемых группах (табл.1). Для больных посттравматической и идиопатической эпилепсией было характерно низкий уровень реактивной и высокий уровень личностной тревожности, в то же у больных с посттравматической энцефалопатией отмечался средний уровень реактивной тревожности.

Оценка уровня тревожности в зависимости от степени когнитивного дефицита показала, что для больных основной группы без когнитивных нарушений была характерна средняя степень реактивной тревожности ($38,2 \pm 4,8$), что может расцениваться как адекватная оценка реальности. Показатели личностной тревожности соответствовали тяжелой её степени ($56,5 \pm 4,76$). По мере усугубления когнитивного дефицита у больных посттравматической эпилепсией отмечалась

тенденция к снижению степени реактивной и личностной тревожности. Так, у больных с умеренными когнитивными нарушениями выявлена лёгкая степень реактивной и умеренная степень личностной тревожности ($19,6 \pm 5,13$ и $34,7 \pm 8,4$ соответственно). Аналогичная картина наблюдалась и у больных с идиопатической эпилепсией, но с более высокими балльными характеристиками.

Таблица 1

**Показатели реактивной и личностной тревожности
обследованных больных**

	реактивная	личностная
1. Посттравматическая эпилепсия	$28,3 \pm 1,9$	$48,3 \pm 2,3$
p	$>0,05$	$>0,05$
2. Идиопатическая эпилепсия	$25 \pm 2,16$	$42,4 \pm 2,89$
p	$<0,01$	$<0,01$
3. Посттравматическая энцефалопатия	$32,8 \pm 1,49$	$50,1 \pm 1,59$
p между 1 и 3 группами	$<0,05$	$>0,05$

У больных посттравматической энцефалопатией имела место совершенно иная картина тревожных расстройств. Для больных без когнитивных расстройств была характерна легкая степень реактивной и средняя степень личностной тревожности ($26,3 \pm 1,83$ и $44,6 \pm 2,9$). По мере нарастания когнитивного дефицита отмечалась тенденция к усилению тревожности. Так, например, у больных этой группы с умеренными когнитивными нарушениями имело место средняя степень реактивной тревожности и тяжелая степень личностной тревожности ($32,0 \pm 2,5$ и $49,7 \pm 3,9$).

Анализ степени когнитивных расстройств у больных трёх исследуемых групп в зависимости от длительности патологического процесса выявил определённые закономерности. Так, у больных посттравматической эпилепсией когнитивные нарушения не зависели от давности заболевания и соответствовали выраженной нарушениям по батарее лобных тестов, в то время как по тесту MMSE определялись лёгкие когнитивные расстройства.

У больных посттравматической энцефалопатией когнитивные расстройства были не столь выраженными и соответствовали лёгким когнитивным расстройствам по батарее лобных тестов, а по тесту MMSE-недементным когнитивным нарушениям. Кроме того, для больных этой группы была характерна тенденция к улучшению когнитивного статуса по истечению 10-15 лет от момента получения травмы.

У больных идиопатической эпилепсией картина динамики когнитивных расстройств в зависимости от давности заболевания характеризовалась наличием лёгких нарушений в течение первых 5 лет заболевания, как по тесту MMSE, так и по батарее лобной дисфункции, однако в этой группе отмечалась тенденция к прогрессированию когнитивных расстройств при давности заболевания от 5 до 15 лет.

Показатели слухоречевой памяти по тесту на запоминание 10 слов у больных посттравматической эпилепсией с давностью заболевания до 5 лет составляли в среднем 5,9 слова сразу после заучивания, а через 10 и 20 минут характеризовались уменьшением воспроизводимых слов.

У больных посттравматической энцефалопатией показатели слухоречевой памяти были намного лучше, чем по сравнению с больными основной группы и идиопатической эпилепсией и имели тенденцию к улучшению показателей произвольной памяти с истечением времени. Показатели слухоречевой памяти у больных идиопатической эпилепсией оказались лучше показателей памяти больных посттравматической эпилепсией, однако они также имели тенденцию к ухудшению по мере прогрессирования заболевания.

Сравнительное изучение тревожных расстройств у больных трёх исследуемых групп в зависимости от давности заболевания, выявило наличие реактивной тревожности лёгкой степени и личностной тревожности тяжёлой степени у больных посттравматической эпилепсией и идиопатической эпилепсией в течение первых 5 лет заболевания, тогда как у больных посттравматической энцефалопатией имела место реактивная тревожность средней степени тяжести и тяжёлая степень личностной тревожности, в количественном соотношении превосходящая данный показатель больных основной группы и больных идиопатической эпилепсией.

По мере прогрессирования заболевания у больных основной группы отмечалась тенденция к усугублению тревожных расстройств в виде реактивной тревожности средней тяжести и тяжёлой степени личностной тревожности (увеличилась в среднем на 12,2 балла).

В группе больных посттравматической энцефалопатией с давностью заболевания от 6 до 15 лет отмечалась тенденция к усугублению реактивной тревожности на 8,8 и 9,3 балла, а личностная тревожность возросла в среднем на 4,8 балла. В группе больных с давностью заболевания более 15 лет имела место нормализация показателей реактивной тревожности, а личностная тревожность оставалась равной в среднем 53 баллам.

Для больных идиопатической эпилепсией с давностью заболевания до 5 лет была характерна лёгкая степень реактивной тревожности и тяжёлая степень личностной тревожности. Лишь в группе больных с давностью заболевания от 6 до 10 лет отмечалась реактивная тревожность средней степени тяжести. По мере прогрессирования заболевания у пациентов данной группы отмечалась тенденция к снижению показателей как реактивной, так и личностной тревожности в виде лёгкой степени их выраженности.

Известно, что при исследовании сенсомоторных реакций по таблицам Шульте, здоровые лица затрачивают в среднем 40-50 секунд (Блейхер В.М., 1987), а иногда даже отмечается ускорение темпа сенсомоторных реакций в последующих таблицах. Если же поиск ведется неравномерно, то это является, либо признаком повышенной истощаемости, либо запоздалой вработываемости.

Анализ «кривой истощаемости внимания» у обследованных больных показал, что для всех больных был характерен «гипостенический» тип кривой, при

котором отмечается увеличение времени, затрачиваемого на отыскивание чисел по таблицам Шульте. Для больных посттравматической эпилепсией и идиопатической эпилепсией были характерны достоверно более высокие показатели времени для отыскивание чисел (в среднем 100,1 и 89,7 сек), чем для больных посттравматической энцефалопатией (68,6 сек.), значения которых приближались к показателям здоровых лиц (рис.2.).

При исследовании переключаемости внимания в основной группе в 23,2% случаях больные не смогли выполнить ни одного действия по модифицированной таблице Горбова; 76,8% выполнили лишь 1 и 2 действия (раздельное отыскивание черных цифр в возрастающем порядке и красных цифр в убывающем). Последнее третье задание смогли выполнить лишь 7,1% (4 больных). В группе больных с идиопатической эпилепсией 17,5% больных не смогли выполнить все три задания, а лишь 5 больных смогли выполнить третье задание. В группе сравнения с посттравматической энцефалопатией 88,5% больных справились с первыми двумя заданиями, а 11,5% не смогли выполнить ни одного задания.

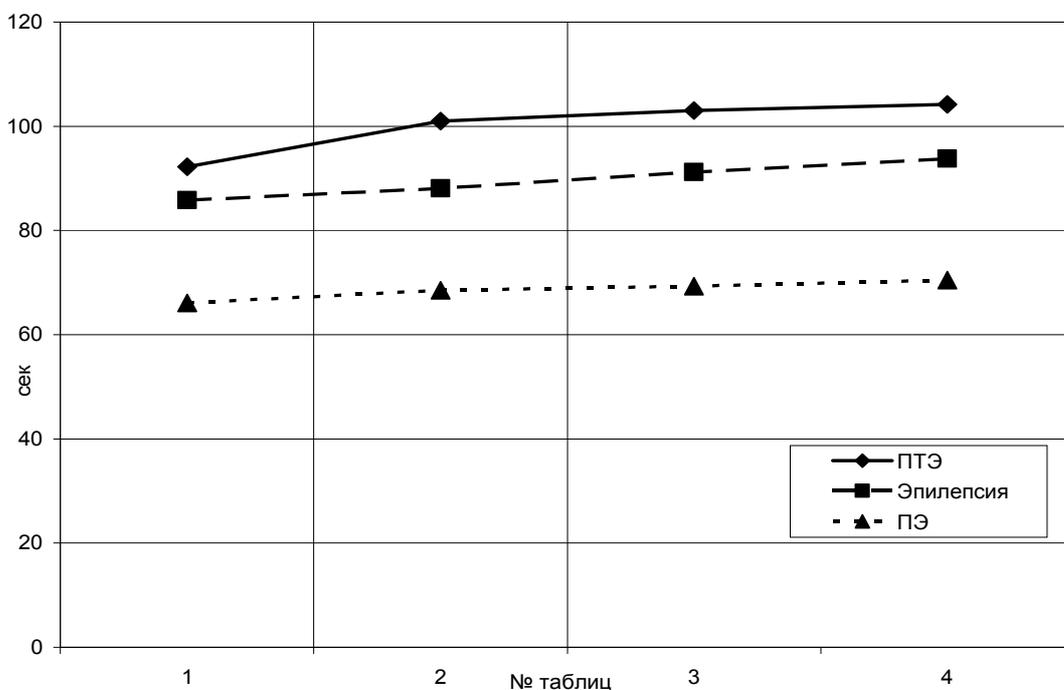


Рис.2. «Кривые истощаемости внимания» у обследованных больных

У больных с посттравматической эпилепсией, не имевших никаких когнитивных нарушений по тесту MMSE и батарее лобной дисфункции, выявлен высокий начальный уровень (в среднем 76,2 сек.) и отмечена тенденция к уменьшению времени, затрачиваемого на отыскивание чисел в последующих таблицах (59 сек. на последнюю таблицу), что свидетельствует об ускорении темпа сенсомоторных реакций. Аналогичная картина наблюдалась и у больных с идиопатической эпилепсией (72 сек. на первую и 65 сек. на последнюю таблицу).

Начальные показатели темпа сенсомоторных реакций у больных посттравматической эпилепсией с недементными когнитивными нарушениями соответствовали показателям больных без когнитивных нарушений, однако со второй таблицы Шульте стали прослеживаться нерегулярные признаки повышенной истощаемости внимания и «кривая истощаемости внимания» приобрела зигзагообразный характер. В группе больных с идиопатической эпилепсией отмечалось прогрессирующее увеличение времени со второй таблицы и возвращение к исходному уровню на последней. «Кривая истощаемости внимания» соответствовала «гиперстенической» форме астении, что является благоприятным признаком в прогностическом отношении. У больных с посттравматической энцефалопатией без когнитивных и с недементными нарушениями показатели темпа сенсомоторных реакций особо не отличались от нормативных показателей здоровых людей, однако «кривая истощаемости внимания» при недементных нарушениях соответствовала гипостенической форме астении со снижением показателей, что является неблагоприятным прогнозом и признаком прогрессивности заболевания.

Показатели темпа сенсомоторных реакций у больных основной группы и группы больных с идиопатической эпилепсией с лёгкими и умеренными когнитивными нарушениями характеризовались высоким начальным уровнем (89,2 сек. и 122,9 сек. для основной группы и 92,6 сек. и 100,5 сек. для группы сравнения) и прогрессирующим увеличением времени в последующих таблицах, что соответствовало «гипостеническому» типу кривой. Для больных посттравматической энцефалопатией с лёгкими когнитивными нарушениями было характерно постепенное увеличение времени для первых трех таблиц и возврат к исходному на последней таблице, что соответствует «гиперстеническому» типу кривой, являющийся прогностически благоприятным признаком.

Средние показатели внимания у больных трёх исследуемых групп с давностью заболевания до 5 лет характеризовались наличием кривой истощаемости внимания «неправильного» типа, для которой типична картина смены увеличения и уменьшения времени, затрачиваемого на отыскивание чисел в каждой таблице Шульте.

Однако показатели внимания у больных посттравматической эпилепсией были хуже, по сравнению с таковыми двух групп сравнения.

По мере прогрессирования заболевания для больных посттравматической эпилепсией была характерна тенденция к количественному и качественному ухудшению показателей внимания и сенсомоторных реакций, выразившемуся в трансформации кривой истощаемости внимания в «гипостенический» тип, для которого характерно прогрессирующее увеличение времени, затрачиваемого на отыскивание чисел в каждой последующей таблице Шульте. Такая же тенденция имела место у больных идиопатическими эпилепсиями.

У больных посттравматической энцефалопатией показатели внимания также ухудшались со временем, однако кривая истощаемости внимания не принимала «гипостенический» характер, а соответствовала «неправильному» типу.

При изучении церебральной гемодинамики у больных посттравматической эпилепсией по данным доплерографического исследования в 34% случаев (19 из 56) был выявлен асимметричный магистральный кровоток по СМА со снижением ЛСК с одной стороны. Колебания КА составили 15-50% при соответствии всех остальных показателей кровотока критериям нормы. В 12,5% случаев (7 из 56) выявлены признаки гиперперфузии с увеличением ЛСК и снижением показателей периферического сопротивления и цереброваскулярной реактивности в бассейне СМА. Дистонические изменения преимущественно на уровне СМА, ПМА выражались нестабильностью систолического кровотока и зарегистрированы у 13 из 56 (23%) пациентов. Ангиоспазм СМА был выявлен 39 (69%) пациентов и проявлялся повышением индекса резистентности артерии и чаще всего регистрировался при мозговой гипоксии.

В группе больных идиопатической эпилепсией в 63,4% случаев был выявлен ангиоспазм сосудов головного мозга. В 14,7% случаев (5 из 34 больных) выявлены признаки гиперперфузии с увеличением ЛСК и снижением показателей периферического сопротивления и цереброваскулярной реактивности в бассейне СМА. Дистонические изменения преимущественно на уровне СМА, ПМА выражались нестабильностью систолического кровотока и выявлены у 17 из 34 (50%) пациентов. При посттравматической энцефалопатии признаки ангиоспазма СМА были выявлены лишь у 9 (24,6%) пациентов и проявлялись повышением индекса резистентности артерии и чаще всего регистрировался при мозговой гипоксии.

Исследования биоэлектрической активности головного мозга у наших больных показало, что наиболее выраженная дезорганизация альфа-ритма наблюдалась в группе больных с эпилепсией и ПЭ. У 80,4% больных было выявлено выраженное нарушение регулярности, правильного регионального распределения и частотно-амплитудных модуляций альфа-активности и значительное увеличение индекса медленной активности. В 38,6% случаев альфа-активность на ЭЭГ отсутствовала. В этих случаях доминировала быстрая активность в диапазоне низкочастотного бета-ритма (14-20Гц) или нерегулярная медленная активность в диапазоне тета- или дельта-колебаний. У больных идиопатической эпилепсией в 35% случаях отмечалось выраженная дезорганизация альфа-ритма, а в 46% отсутствовала. В то же время у больных с посттравматической энцефалопатией процент больных с нарушением организованности доминирующего ритма был достоверно ниже, чем в группах сравнения.

Эпилептическая активность в виде острых волн, пиков, комплексов «острая – медленная волна» регистрировалась у 55,7% больных с ПЭ и у 63,3% больных с эпилепсией. Следует отметить, что у 11,3% больных с посттравматической энцефалопатией на энцефалограмме регистрировалась эпилептическая активность, хотя в анамнезе не было указаний на наличие эпилептических припадков. Пароксизмальная активность в 77% случаев исходила из срединно-стволовых структур, в 23% имел место фокус эпилептической активности в той или иной области головного мозга.

Распределение больных по типам ЭЭГ показали, что наиболее выраженные изменения наблюдались у больных идиопатической эпилепсией и посттравматической эпилепсией. Так, дезорганизованный тип с преобладанием высокоамплитудных медленных волн (V тип) регистрировался в 43,3% и 36,1% соответственно, что было достоверно выше, чем у больных посттравматической энцефалопатией (18,9%). Вместе с тем было отмечено достоверное увеличение процента гиперсynchronного типа ЭЭГ (23,7% и 18,0% соответственно), что в ряде случаев свидетельствует о повышенной судорожной готовности головного мозга. В то же время нормальная или близкая к норме (I и III типы) картина ЭЭГ достоверно была выше у больных посттравматической энцефалопатией.

Далее мы сравнивали состояние биоэлектрической активности головного мозга в зависимости от состояния когнитивной сферы больных посттравматической эпилепсией. По мере нарастания когнитивного дефицита отмечалось увеличение процента дезорганизованности и возрастал индекс медленной активности. Однако следует отметить, что дезорганизованные типы ЭЭГ встречались уже при легких когнитивных нарушениях.

Таблица 2

Сравнительная характеристика типов ЭЭГ и когнитивного дефицита

	Типы ЭЭГ				
	I	II	III	IV	V
без КН	38,5±13,5	----	30,8±12,8	23,1±11,7	7,7±7,4
лёгкие КН	25,0±10,8	6,3±6,1	37,5±12,1	18,8±9,8	12,5±8,3
умеренные КН	----	26,7±11,4	6,7±6,4	40,0±12,6	26,7±11,4
тяжёлые КН	----	41,2±11,9	----	23,5±10,3	35,3±11,6

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о грубой дезорганизации ЭЭГ у больных с ПЭ, причем степень нарушения возрастает с увеличением степени когнитивного дефицита. Вместе с тем у больных посттравматической энцефалопатией регистрируется субклиническая эпилептическая активность, что необходимо учитывать при определении плана медикаментозной терапии.

В четвертой главе приведены результаты динамики когнитивных функций у больных посттравматической эпилепсией на фоне лечения фенотропилом и пантокальцином.

Больные посттравматической эпилепсией были разделены на 2 группы:

1) 28 больным были назначены таблетки фенотропила в дозе 100 мг - по 1 таблетке утром после еды в течение 2 месяцев; 2) 28 больным были назначены таблетки пантокальцина в дозе 250 мг - по 1 таблетке 2 раза в день после еды в течение 2 месяцев. Результаты динамического наблюдения больных исследуемых групп выявили положительную динамику как в группе больных, принимавших фенотропил, так и в группе пациентов, принимавших пантокальцин.

Несмотря на незначительно низкие исходные показатели слухоречевой памяти в группе больных, принимавших фенотропил, результаты после 2 месячного курса лечения оказались выше и характеризовались увеличением воспроизведения слов сразу после заучивания на 1,2 слова, а также достоверным повышением устойчивости внимания и удержания информации в памяти, и соответственно, воспроизведением большего количества слов через 10 и 20 минут (табл.3). Показатели памяти больных, принимавших пантокальцин, оказались достоверно положительными лишь при воспроизведении слов сразу после заучивания, тогда как, показатели устойчивости и удержания информации уступали группе больных, принимавших фенотропил.

Таблица 3

Показатели слухоречевой памяти больных посттравматической эпилепсией до и после приема препаратов фенотропил и пантокальцин

Среднее количество слов по тесту на запоминание 10 слов Лурия А.Р.	Группа фенотропила		Группа пантокальцина	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Сразу после заучивания	5,8±0,22	6,5±0,21*	5,6±0,33	6,5±0,3*
Через 10 минут	3,8±0,3	5,1±0,26**	3,9±0,35	4,7±0,29
Через 20 минут	2,9±0,33	4,3±0,28**	3,1±0,38	4,0±0,29

Примечание: звездочкой отмечена достоверность по отношению к исходным данным.

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

При анализе показателей концентрации внимания у больных посттравматической эпилепсией, принимавших фенотропил, выявлена тенденция к достоверному улучшению показателей в виде уменьшения времени, затрачиваемого на отыскивание чисел по первым трем таблицам Шульте (в среднем на 33% по всем таблицам) и количественное приближение к нормативным показателям здоровых людей (72,9 сек.). Однако кривая истощаемости внимания соответствовала «гипостеническому» типу, для которого характерно постепенное увеличение времени, затрачиваемого на выполнение задания по каждой последующей таблице Шульте, являющееся признаком прогрессивности когнитивных расстройств при посттравматической эпилепсии.

Аналогичная тенденция имела место и при выполнении заданий по модифицированной таблице Горбова, предназначенной для определения избирательности и переключаемости внимания. В динамике лечения фенотропилом с первым и вторым заданием справились уже 89,3% больных по сравнению с исходными данными (78,6% больных). С третьим, последним заданием, справились 7 больных, что составило 25%. Исходные показатели внимания у больных основной группы, принимавших пантокальцин соответствовали «гипостеническому» типу кривой истощаемости внимания. В динамике лечения отмечалось количественное улучшение показателей (на 26%), однако степень укорочения времени

была намного меньшей, по сравнению с предыдущей группой и статистически недостоверной по всем четырем таблицам (в среднем составив 81,8 сек.). Отмечалось постепенное и неравномерное снижение показателей, в результате которого сформировался «гиперстенический» тип кривой истощаемости внимания. Результаты исследования избирательности и переключаемости внимания по модифицированной таблице Горбова выявили уменьшение времени, затрачиваемого на выполнение каждого последующего задания. С первыми двумя заданиями справились 85,7% больных, однако время, затраченное на задания, значительно превосходило показатели больных, получавших фенотропил. Лишь трое пациентов группы справились с выполнением третьего задания на переключаемость внимания.

Применение препаратов фенотропил и пантокальцин характеризовалась улучшением не только отдельных показателей памяти и внимания, но и общим улучшением когнитивного статуса, определяемого по результатам батареи лобных тестов и теста MMSE. Результаты динамического нейропсихологического обследования в группе фенотропила (рис.3), выявили достоверно положительную динамику в виде повышения уровня когнитивного статуса на 2,2 балла только по тесту MMSE ($p < 0,05$). В группе пантокальцина показатели общего психического статуса больных достоверно улучшились как по батарее лобной тестов (на 1,4 балла), так и по тесту MMSE (2,8 балла) ($p < 0,05$).

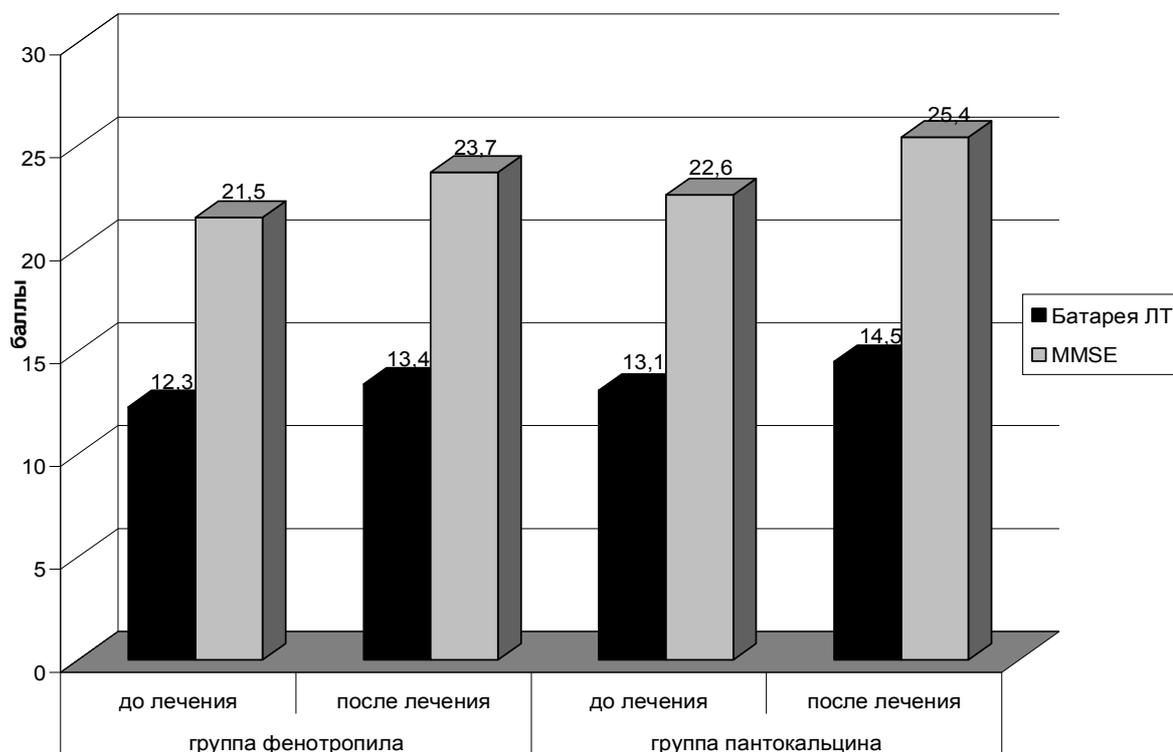


Рис.3. Показатели динамики когнитивного дефицита по батарее лобных тестов и MMSE.

Комплексное применение фенотропила и пантокальцина у больных обеих групп выявило положительную динамику также и в отношении тревожных расстройств (рис.4).

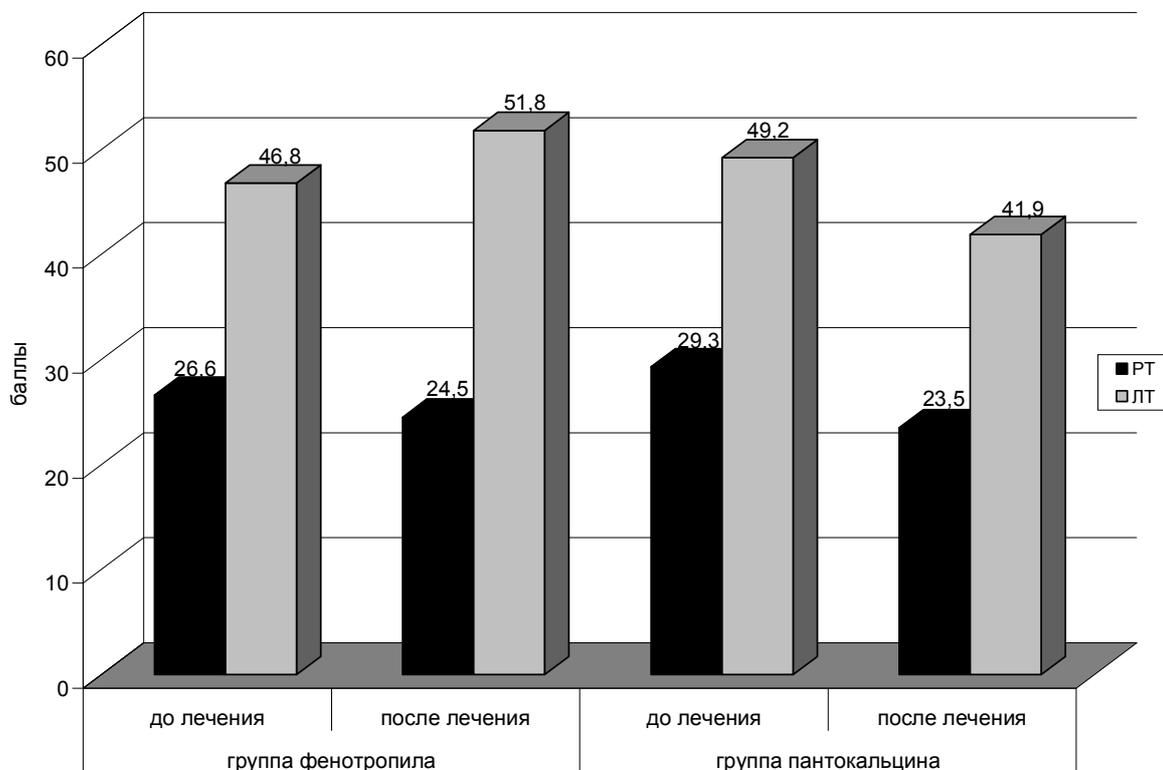


Рис.4. Показатели динамики реактивной и личностной тревожности.

В группе больных, принимавших пантокальцин, отмечалась достоверно более выраженная положительная динамика, характеризующаяся значительным снижением уровня реактивной тревожности, а также количественным снижением уровня личностной тревожности. В группе больных, принимавших фенотропил, средние показатели реактивной тревожности изначально соответствовали лёгкой её степени и незначительно уменьшились после лечения, а показатели личностной тревожности незначительно возросли.

Результаты ЭЭГ наблюдения через 2 месяца после курса терапии показали значительное уменьшение частоты дезорганизованных типов ЭЭГ.

Для полноты качественной характеристики ЭЭГ больных мы провели оценку ее частотного спектра. Среднечастотные характеристики основного ритма ЭЭГ в начале исследования в группе больных, получавших фенотропил, равнялся $9,82 \pm 0,21$ Гц, а в конце исследования $10,64 \pm 0,12$ Гц. В группе больных, получавших пантокальцин, составил $9,78 \pm 0,16$ Гц и $10,12 \pm 0,14$ Гц соответственно.

Таким образом, в обеих группах на конец исследования наблюдалась тенденция к повышению частотного спектра альфа-активности.

При анализе патологических изменений на ЭЭГ в начале исследования в обеих группах обращал на себя внимание их довольно высокий уровень. Тем не менее, анализ эпилептической активности на ЭЭГ на момент окончания исследования показал, что статистически значимое уменьшение эпилептической активности наблюдалась в группе больных, получавших пантокальцин, тогда как в сравнительной группе наблюдалось незначительное уменьшение патологической активности, а в ряде исследований отмечалось увеличение индекса пароксизмальной активности.

Таким образом, результаты нашего исследования выявили положительное влияние фенотропила и пантокальцина на когнитивную сферу больных посттравматической эпилепсией. Действие фенотропила оказалось более выраженным в отношении показателей слухоречевой памяти и внимания, а пантокальцина—в отношении тревожных расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволили сформулировать следующие **выводы:**

1. При посттравматической эпилепсии преобладают умеренные и тяжелые когнитивные нарушения в виде расстройств памяти, концентрации внимания, нарушения ориентировки во времени и местности. По мере прогрессирования заболевания, присоединяется апракто-агностический синдром, нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций. Выраженность когнитивных расстройств больше зависит от частоты припадков и принимаемой антиэпилептической терапии, чем от давности заболевания.

2. Психоэмоциональный статус у больных посттравматической эпилепсией характеризуется низким уровнем реактивной тревожности и высоким уровнем личностной тревожности по мере прогрессирования когнитивных расстройств.

3. Функциональное состояние нервной системы при посттравматической эпилепсии характеризуется грубой дезорганизацией биоэлектрической активности коры головного мозга, выраженность которой зависит от степени выраженности когнитивного дефицита. Состояние церебральной гемодинамики у больных посттравматической эпилепсией характеризуется преобладанием признаков ангиодистонии сосудов головного мозга.

4. Фенотропил и пантокальцин оказывают положительное влияние на когнитивную сферу больных, причем действие фенотропила более выражено в отношении показателей слухоречевой памяти и внимания, а пантокальцина—в отношении тревожных расстройств.

Практические рекомендации:

1. Для более достоверной диагностики степени когнитивных расстройств при посттравматической эпилепсии целесообразно применять несколько взаимодополняющих методик, причем особое внимание следует уделить методам диагностики нарушений памяти и внимания.
2. Использование различных опросников для самостоятельного заполнения позволяет выявить нарушения понимания сложных логико-грамматических кон-

струкций, что может быть использовано во врачебно-трудовой экспертизе больных посттравматической эпилепсией.

3. В комплексной терапии когнитивных расстройств у больных эпилепсией с преобладанием тревожных расстройств целесообразно применение пантокальцина, а при нарушениях внимания и памяти – фенотропила.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ.

1. Маджидова Ё.Н., Янгуразова Д.Р., Мухамеджанова Н.М., Налибаева Д.У., Умаргалиев Д.Ф. Influence of Depakine to the correction of mental and psychoe-motional disorders in Epilepsy // The 7th European Congress of Epileptology - Helsinki (Finland), July 2-6, 2006.- P.61-62.
2. Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Состояние когнитивных функций при посттравматической эпилепсии // Материалы научно-практической конференции «Достижения и перспективы профилактики, лечения и реабилитации при заболеваниях внутренних органов», посвящённой 90-летию НИИ курортологии и физиотерапии им. Семашко.- Ташкент, 2009.-С.120.
3. Мухамеджанова Н.М., Оллаберганова Г.У. Состояние церебральной гемодинамики при посттравматической эпилепсии // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Современные вопросы психиатрии и неврологии». - Андижан, 2009.-С.145-146.
4. Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Особенности когнитивных расстройств у больных посттравматической эпилепсией // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Современные вопросы психиатрии и неврологии». - Андижан, 2009.-С.140-141.
5. Мухамеджанова Н.М. Гендерные различия уровня тревожности у больных посттравматической эпилепсией // Дни молодых учёных: Материалы научно-практической конференции студентов, магистров, аспирантов и соискателей. - Ташкент, 2010.-С.175.
6. Рахимбаева Г.С., Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Клинико-нейропсихологический анализ состояния когнитивной сферы больных посттравматической эпилепсией // Русский журнал детской неврологии-Москва, 2010.-том V, выпуск 2.-С.25-31.
7. Рахимбаева Г.С., Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Peculiarities of attention disorders in patients with post-traumatic epilepsy // The 14th Congress of the European Federation of Neurosciences, Jeneva (Switzerland), September 25-28, 2010.-P. 458.
8. Мухамеджанова Н.М. The structure of mental disorders according to MMSE test in patients with post-traumatic epilepsy with various dimension level // The 14th Congress of the European Federation of Neurosciences, Jeneva (Switzerland), September 25-28, 2010.- P. 196.
9. Рахимбаева Г.С., Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Диагностика и коррекция когнитивных расстройств при посттравматической эпилепсии // Методические рекомендации. - Ташкент, 2011. 52 с.

10. Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Роль фенотропила и пантокальцина в коррекции когнитивных нарушений у больных посттравматической эпилепсией // Неврология и нейрохирургия в Беларуси - Минск, 2011.1(09)- С.64-69.
11. Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Посттравматическая эпилепсия (вопросы патогенеза, диагностики и профилактики) // Неврология -Ташкент, 2011. №2-С. 59-62.
12. Рахимбаева Г.С., Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М. Peculiarities of anxious disorders in patients with post-traumatic epilepsy depending on mental status level // The 15th Congress of the European Federation of Neurosciences, Budapest (Hungary), September 10-13, 2011.- P.1334.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Мухамеджанова Нигора Мирсалимовнанинг 14.00.13 – Асаб касалликлари ихтисослиги бўйича «Посттравматик эпилепсияда когнитив функцияларнинг холати: диагностика ва медикаментоз даво чораларини такомиллаштириш» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: посттравматик эпилепсия, когнитив бузилишлар, эпилептик деменция, посттравматик энцефалопатия, ноотроплар, антиконвульсантлар.

Тадқиқот объектлари: посттравматик эпилепсия билан оғриган 56 бемор, посттравматик энцефалопатия билан хасталанган 52 бемор, идиопатик эпилепсияли 34 бемор.

Ишнинг мақсади: посттравматик эпилепсияли беморларда когнитив ва клиник-нейрофизиологик бузилишларни урганиш ва даво чораларини такомиллаштириш.

Тадқиқот методлари: неврологик статусни текшириш, нейропсихологик текширувлар, электроэнцефалография, бош мия кон томирлари доплерографияси, бош мия МРТ (КТ) ва тиббиёт статистик усуллар.

Олинган натижалар ва унинг янгилиги: Биринчи бор посттравматик эпилепсияли беморларда когнитив бузилишлар бош мия жарохати оғирлиги, тутқаноқлар частотаси ва турлари, касаллик давомийлиги ва тутқаноққа қарши воситасини инобатга олган ҳолда ўрганилди. Биринчи бор когнитив ва эмоционал (вахима) бузилишлари ўзаро боғлиқлиги исботланди, ва посттравматик эпилепсияли беморларда жинсий эмоционал фарқлар мавжудлиги аниқланди. Биринчи бор посттравматик эпилепсияли беморларда церебрал гемодинамика ўрганилди. Когнитив етишмовчилик бош мия пўстлоғининг биоэлектрик фаоллигига боғлиқлиги исботланди. Посттравматик эпилепсия билан хасталанган беморларда когнитив бузилишларни даво чораларини такомиллаштириш усуллари тавсия қилинди.

Амалий аҳамияти: илмий иш натижалари посттравматик эпилепсияли беморларда когнитив бузилишларни диагностика ва даво чораларини такомиллаштиришга ёрдам беради. Ёшлар орасида бош мия жарохатлари кенг тарқалганлигини ва уларнинг оқибатида посттравматик эпилепсияни ривожланишини катта эҳтимоли мавжудлигини инобатга олган ҳолда, ишнинг моҳияти бундай бузилишларни профилактикаси ва ўз вақтида аниқланиши беморларнинг ҳаёт сифатини оширишга ва терапевтик имкониятларни кенгайтиришга ёрдам беради, булар эса, ўз навбатида, ижтимоий дезадаптацияни олдини олишга сабаб бўлади.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: олинган натижалар Тошкент тиббиёт академияси 1 клиникасининг неврология ва интенсив неврология бўлимларида, Зангиота тумани Тиббий бирлашмасининг неврология бўлимида, шаҳар тез ёрдам клиник касалхонасининг неврология бўлимида клиник амалий фаолиятларида ва ТТА асаб касалликлари кафедрасининг ўқув жараёнида қўлланилади.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: неврология, эпилептология, нейропсихология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Мухамеджановой Нигоры Мирсалимовны на тему: «Состояние когнитивных функций при посттравматической эпилепсии: вопросы диагностики и коррекции медикаментозной терапии» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.13 – Нервные болезни

Ключевые слова: посттравматическая эпилепсия, когнитивные нарушения, эпилептическая деменция, посттравматическая энцефалопатия, ноотропы, антиконвульсанты.

Объект исследования: 56 больных посттравматической эпилепсией, 52 пациента с травматической болезнью головного мозга и 34 больных с идиопатическими эпилепсиями.

Цель работы: изучить особенности когнитивных и клинико-нейрофизиологических нарушений у больных посттравматической эпилепсией, коррекция принципов их терапии.

Методы исследования: исследование неврологического статуса, нейропсихологические методы, электроэнцефалография, доплерография сосудов головного мозга, МРТ (КТ) головного мозга и методы медицинской статистики.

Полученные результаты и их новизна: Впервые исследованы когнитивные нарушения при посттравматической эпилепсии в зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы, частоты и типов припадков, длительности заболевания и характера принимаемого противосудорожного препарата. Впервые изучена взаимосвязь когнитивных и эмоциональных (тревожных) расстройств, а также доказаны гендерные (половые) различия эмоциональной сферы у больных посттравматической эпилепсией. Впервые изучены особенности церебральной гемодинамики у больных посттравматической эпилепсией. Показана зависимость степени когнитивного дефицита от состояния биоэлектрической активности коры головного мозга. Разработаны рекомендации к тактике лечения когнитивных нарушений у больных посттравматической эпилепсией.

Практическая значимость: Результаты работы помогут улучшить диагностику и лечебную тактику когнитивных нарушений у больных посттравматической эпилепсией. Учитывая большой удельный вес черепно-мозговых травм у детей, подростков и молодых людей и высокую частоту развития посттравматической эпилепсии, важность исследования заключается в том, что своевременная профилактика и выявление этих нарушений повышает качество жизни больных и расширяет потенциальные возможности терапевтического воздействия, которое может отсрочить или даже предотвратить наступление социальной дезадаптации.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Полученные результаты используются в отделении неврологии и интенсивной неврологии 1 клиники ТМА, в отделении неврологии Зангиатинского РМО, в отделении неврологии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, а также в учебном процессе кафедры нервных болезней Ташкентской медицинской академии.

Область применения: неврология, эпилептология, нейропсихология.

RESUME

Thesis of Nigora Mirsalimovna Mukhamedjanova on the scientific degree competition of the doctor of philosophy in Medical sciences, specialty 14.00.13-Nervous Diseases on subject: «The state of cognitive function in post-traumatic epilepsy: issues of diagnosis and correction of drug therapy»

Key words: post-traumatic epilepsy, cognitive impairment, epileptic dementia, post-traumatic encephalopathy, nootrops, anticonvulsants.

Subject of research: 56 patients with post-traumatic epilepsy, 52 patients with traumatic brain disease and 34 patients with idiopathic epilepsy.

Purpose of work: To explore the features of cognitive and clinical and neurophysiological disorders in patients with post-traumatic epilepsy, correction of the principles of their treatment.

Methods of research: the study of neurological status, neuropsychological methods, Electroencephalography, Doppler vascular brain MRI (CT) scan of the brain and methods of medical statistics.

The results obtained and their novelty: Cognitive impairment in post-traumatic epilepsy, depending on the severity of brain injury, frequency and types of seizures, disease duration and nature of the received anticonvulsant have been studied for the first time. The relationship of cognitive and emotional (anxiety) disorders, as well as proven gender (sex) differences in the emotional sphere in patients with post-traumatic epilepsy have been studied for the first time. The characteristics of cerebral blood circulation in patients with post-traumatic epilepsy have been studied for the first time. The dependence of the degree of cognitive deficit on the state of the bioelectric activity of the cerebral cortex has been demonstrated. The recommendations to the tactics of treatment of cognitive disorders in patients with post-traumatic epilepsy have been developed.

Practical value: The results will help improve the diagnostics and treatment methods of cognitive impairment in patients with post-traumatic epilepsy. Given the large proportion of head injuries in children, adolescents and young adults and the high incidence of post-traumatic epilepsy, the importance of the study is that the timely prevention and detection of these disorders increases the quality of life of patients and expands the potential therapeutic effects, which may delay or even prevent the onset of social maladjustment.

The degree of embed and economic efficiency: The results are used in the department of neurology and intensive neurology of the first clinic TMA, in the department of neurology of Zangiota region medical union, in the neurology department of City Clinical Ambulance Hospital and the learning process of the neurology department of Tashkent Medical Academy.

Field of application: neurology, epileptology, neuropsychology.