



## КИСТЕВОЙ АВТОМАТИЗМ В СТРУКТУРЕ СЛОЖНЫХ ПАРЦИАЛЬНЫХ ПРИПАДКОВ ПРИ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Прокудин М.Ю., Дыскин Д.Е., Скиба Я.Б., Моисеева А.М., Блинов В.О.

*ВМедА им. С.М. Кирова,*

*Санкт-Петербург*

Оценка клинической семиотики эпилептических припадков является одним из наиболее важных этапов диагностики эпилепсии (Одинак М.М. и соавт., 2014; Luders Н.О., 2009). Особое внимание исследователей приковано к анализу проявлений сложных парциальных припадков, что обусловлено их частой встречаемостью у пациентов с различными формами парциальной эпилепсии и наличием в их структуре целого ряда информативных с точки зрения определения локализации эпилептогенного очага моторным симптомам (Одинак М.М. и соавт., 2013; Kotagal P., 2005; Loddenkemper T., 2005).

**Цель исследования.** Определить частоту встречаемости и латерализационное значение кистевого автоматизма при симптоматической височной и лобной эпилепсии.

**Материалы и методы.** Анализировали семиотику эпилептических припадков у 54 пациентов с парциальной эпилепсией, которые проходили обследование и лечение в клинике нервных болезней и клинике нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 2009 по 2014 гг., а также в НИПНИ им. В.М. Бехтерева в период с 2007 по 2013 гг. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от формы эпилепсии: медиальная височная эпилепсия – 22 пациента, латеральная височная эпилепсия – 11 пациентов, лобная эпилепсия – 21 пациент. Критериями включения в исследование явились регистрация одного и более эпилептического припадков в ходе выполнения ЭЭГ-видеомониторинга, а также наличие структурного дефекта вещества головного мозга по данным МРТ. При определении формы эпилепсии локализацию ЭО принимали как прилежащую к структурному повреждению вещества головного мозга при условии выявления локализации ЭЭГ-паттернов начала припадков в этой же области. ЭЭГ-видеомониторинг выполнялся на аппарате «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» (Россия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0 StatSoftInc.

**Результаты и их обсуждение.** Кистевой автоматизм значительно чаще наблюдался при медиальной височной эпилепсии ( $n=14$ ; 63,6%,  $p<0,01$ ) в сравнении с группой лобной эпилепсии ( $n=4$ ; 19,1%). При латеральной височной эпилепсии данный симптом наблюдался у 36,4% пациентов ( $n=4$ ).

При оценке латерализационного значения кистевого автоматизма из анализа исключили пациентов с двухсторонней представленностью симптома – 3 пациента из группы медиальной височной эпилепсии и 2 пациента из группы лобной эпилепсии. Так, при медиальной форме височной эпилепсии кистевой автоматизм оказался ценным признаком латерализации эпилептогенного очага, наблюдаясь на ипсилатеральной стороне тела в 81,8% случаев ( $n=9$ ). В противоположность этому, при латеральной височной эпилепсии данный симптом чаще имел контралатеральное значение (75%,  $n=3$ ). При лобной эпилепсии кистевой автоматизм не имел отчетливого значения, наблюдаясь равной



частотой на контра- и ипсилатеральной стороне тела относительно эпилептогенного очага.

Выявленная большая частота встречаемости кистевого автоматизма при медиальной височной эпилепсии может быть связана с механизмом возникновения данного симптома – активацией патологической активностью лимбических структур головного мозга (Maillard L. et al., 2004). Развитие кистевых автоматизмов при других формах эпилепсии может быть связана с распространением приступной активности в эту область (Luders H.O., 2009). Высокая информативность данного симптома при медиальной височной эпилепсии (ипсилатерально в 81,8% случаев) и латеральной височной эпилепсии (контралатерально в 75% случаев) согласуется с результатами других исследователей (Никанорова М.Ю., Темин Н.А., 2001; Manford M., 1996; Luders H.O., 2009; Dupont S. et al., 1999, 2015). Выявленные нами различия в латерализационном значении кистевого автоматизма при различных формах височной эпилепсии могут объяснять результаты исследований, не выявивших латерализационной ценности кистевого автоматизма при оценке его безотносительно конкретной локализации эпилептогенного очага внутри височной доли (Janszky J. et al., 2006). Несмотря на активацию медиальных лобных структур мозга (наряду с распространением приступной активности в базальные ганглии) как одного из механизмов возникновения данного вида автоматизма (Bianchin M.M., Sakamoto A.C., 2009), отчетливого латерализационного значения при ЛЭ для данного симптома не выявлено.

Таким образом, кистевой автоматизм наиболее часто наблюдался в группе пациентов с медиальной височной эпилепсией, возникая, как правило, на ипсилатеральной относительно эпилептогенного очага стороне тела. При латеральной височной эпилепсии данный симптом имел контралатеральное значение.

## РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПСЕВДО-ЛЕННОКСА У ДЕТЕЙ

Прыгунова Т.М., Карпович Е.И.

*НОДКБ,*

*г. Нижний Новгород*

**Введение.** Синдром псевдо-Леннокса является возраст зависимой эпилептической энцефалопатией с феноменом продолженной пик-волновой активности в фазу медленного сна. Встречается преимущественно у нормально развивающихся детей, начало заболевания приходится на возраст от 1,5 до 7 лет, причем у мальчиков возраст дебюта более ранний чем у девочек. Для атипичной доброкачественной парциальной эпилепсии детского возраста характерен высокий полиморфизм и частота приступов, с выраженной активацией эпилептиформных во сне. Прогноз благоприятный с полным прекращением припадков, но не редко сохраняется интеллектуальный дефицит разной степени выраженности.

Клинический случай. Ребенок М., 4 года. Из анамнеза известно, что мальчик от 1 беременности на фоне позднего гестоза, первых срочных оперативных родов. Мт 4400 г. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Рос и развивался по возрасту. В возрасте 2,5 лет во