16. Clinical presentation, diagnosis and long-term outcome of Wilson's disease: a cohort study / [U. Merle, M. Schaefer, P. Ferenci, and W. Stremmel] // Gut. — 2007; 56(1): 115—120.
17. Roberts E. A. Diagnosis and treatment of Wilson disease: an update / E. A. Roberts, M. L. Schilsky // Hepatology. — 2008; 47: 2089—2111.
18. Wilson disease: clinical presentation, treatment, and survival / [W. Stremmel, K.-W. Meyerrose, C. Niederau et al.] // Ann Intern. Med. — 1991. — Vol. 115, № 9. — P. 720—726.
19. Tan S. S. Concurrent massive breast enlargement, myasthenia gravis and dermopathy as manifestations of penicillamine toxicity in a Wilson's disease patient / Tan S. S., Latif S. A., Poh W. Y. // Med J Malaysia. 2012 Jun; 67(3): 323—5.
20. Walshe J. M. Chelation treatment of neurological Wilson's disease / Walshe J. M, Yelland M. // Oxford Journals Medicine. — 1993. — Vol. 86. — P. 197—204.
21. Walshe J. M. Penicillamine, a new oral therapy for Wilson's disease / J. M. Walshe // Am. J. Med. — 1956; 21: 487—495.

Надійшла до редакції 28.08.2013 р.

ВОЛОШИН-ГАПОНОВ Иван Константинович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела нейропсихокибернетики Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, e-mail: voloshingaponov.ivan@mail.ru

VOLOSHYN-GAPONOV Ivan Konstantinovich, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of neuropsychocybernetics of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, e-mail: voloshingaponov.ivan@mail.ru

УДК 616.853-053.6

Е. Г. Дубенко, А. Е. Дубенко, Д. П. Коваленко, О. А. Васильєва

МОЖЛИВІ ВАРІАНТИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПАРЦІАЛЬНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИХ НАПАДІВ У ДОРОСЛИХ, ЇХ РОЛЬ В ОЦІНЮВАННІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЕПІЛЕПСІЇ ТА ЇХ КЛАСИФІКАЦІЯ

Е. Г. Дубенко, А. Е. Дубенко, Д. П. Коваленко, О. А. Васильева

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ТРАНСФОРМАЦИЙ ПАРЦИАЛЬНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ВЗРОСЛЫХ, ИХ РОЛЬ В ОЦЕНИВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ И ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ

E. G. Dubenko, A. E. Dubenko, D. P. Kovalenko, O. A. Vasilieva

VARIANTS OF PARTIAL EPILEPTIC SEIZURES'S TRANSFORMATIONS IN ADULTS AND THEIR ROLE IN ESTIMATION OF CLINICAL COURSE. CLASSIFICATION OF PARTIAL EPILEPTIC SEIZURES'S TRANSFORMATIONS

У структурі осмислення клінічного перебігу різних форм фокальній епілепсії істотне місце займає врахування особливостей зміни характеру нападів, тобто трансформації нападів. Встановлено такі варіанти трансформацій епілептичних нападів: парціальні з вторинною генералізацією напади — в прості (17,7 %) або складні (6,9 %) парціальні; складні парціальні напади — в прості (10,9 %); складні (10,4 %) або прості (15,3 %) парціальні напади — у вторинно генералізовані; прості парціальні напади — у складні парціальні (8,2 %) або у поєднання складних парціальних та вторинно генералізованих нападів (4,4 %); приєднання інших видів простих або складних парціальних нападів (2,7 %), подовження парціального компонента при вторинно генералізованих нападах (10,4 %) або складних парціальних нападах (3,8 %), істотне вкорочення парціального компонента при вторинно генералізованих (6 %) або при складних парціальних нападах (3,3 %). Виявлені трансформації поділені на позитивні (35,5 %) і негативні (41 %) зі зміною типу нападу і на трансформації зі зміною фокального компоненту нападу (23,5 %). Створена класифікація трансформацій фокальних епілептичних нападів у дорослих, яка може стати одним з істотних критеріїв прогнозування перебігу хвороби, оцінки тяжкості її перебігу, а також адекватності проведеної терапії.

Ключові слова: трансформації, епілепсія, епілептичній напад, позитивні трансформації, негативні трансформації

В структуре осмысления клинического течения различных форм фокальной эпилепсии существенное место занимает учет особенностей изменения характера приступов, т. е. трансформации припадков. Установлены следующие варианты трансформаций эпилептических припадков: парциальные с вторичной генерализацией припадки — в простые (17,7 %) или сложные (6,9 %) парциальные; сложные парциальные припадки — в простые (10,9 %); сложные (10,4 %) или простые (15,3 %) парциальные припадки — во вторично генерализованные; простые парциальные припадки — в сложные парциальные (8,2 %) или в сочетание сложных парциальных и вторично генерализованных припадков (4,4 %); присоединение других видов простых или сложных парциальных приступов (2,7 %), удлинение парциального компонента при вторично генерализованных (10,4 %) или сложных парциальных припадках (3,8 %), существенное укорочение парциального компонента при вторично генерализованных (6 %) или сложных парциальных припадках (3,3 %). Выявленные трансформации разделены на положительные (35,5 %) и отрицательные (41 %) с изменением типа припадка и на трансформации с изменением фокального компонента (23,5 %). Создана классификация трансформаций фокальных эпилептических припадков у взрослых, которая может стать одним из существенных критериев прогнозирования течения болезни, оценке тяжести ее течения, а также адекватности проводимой терапии.

Ключевые слова: трансформации, эпилепсия, эпилептические припадки, положительные трансформации, негативные трансформации

In clinical practice, the main criterion for the severity of the epilepsy and treatment efficiency is usually the frequency of seizures, at least the type of seizure, and the dynamics of the clinical picture of an epileptic seizure is usually not be considered. The following variants of seizure's transformations were established: partial with secondary generalization into simple partial seizures (17.7 %), partial seizures with secondary generalization into complex partial (6.9 %), complex partial seizures into simple partial (10.9 %), complex partial seizures (10.4 %) or simple partial seizures into secondary generalized (15.3 %), simple partial seizures into complex partial (8.2 %), simple partial seizures into combination complex partial and secondary generalized seizures (4.4 %), joining other simple or complex partial seizures (2.7 %), significant lengthening of the partial components in secondary generalized seizures (10.4 %) or complex partial seizures (3.8 %), significant (clinically undetectable) shortening component with partial secondary generalized (6 %) or complex partial seizures (3.3 %). Revealed transformation divided into positive (35.5 %) and negative (41 %) transformation with the change type seizure and transformation with changing focal component (23.5 %). Created the classification of transformation of focal seizures in adults. Consideration of transformation of epileptic seizures in adults may be one of the essential criteria for prognosis of the disease, the severity of its course, and the adequacy of therapy.

Keywords: transformation, epilepsy, epileptic seizures, positive transformation, negative transformation

© Дубенко Е. Г., Дубенко А. Е., Коваленко Д. П., Васильєва О. А., 2013

У клінічній практиці основним критерієм важкості перебігу епілепсії та ефективності лікування зазвичай є частота нападів, рідше тип епілептичного нападу, а динаміка клінічної картини епілептичного нападу, зазвичай, не враховується. При цьому клініцисти-епілептологи в процесі динамічного спостереження за хворими з фокальною епілепсією спостерігають феномени модифікації клінічної картини нападів, які фіксуються як самими пацієнтами, так і їх родичами, а останнім часом — і під час проведення відеомоніторингу. У структурі осмислення клінічного перебігу різних форм фокальної епілепсії істотне місце займає не тільки врахування частоти нападів, наявність або відсутність інтеріктальних симптомів, а й врахування особливостей зміни характеру нападів, тобто трансформація нападів під впливом ендогенних та екзогенних факторів або різних схем лікування [2, 4, 6].

Мета роботи — вивчити можливі варіанти трансформації парціальних епілептичних нападів, їх роль як важливого критерію оцінки тяжкості епілепсії, клінічної динаміки хвороби, ефективності протиепілептичного лікування прогнозу перебігу хвороби. Розробити класифікацію трансформацій парціальних епілептичних нападів у дорослих, яку можна застосовувати у клінічній практиці.

Під поняттям «трансформація» епілептичних нападів (ТЕН) в даній роботі розглядалася зміна клінічних проявів та ознак нападу, а також зміни типу нападу у того ж самого хворого на парціальну епілепсію під впливом різних причинних факторів або без явної причини. У ході дослідження були виокремлені трансформації з повною видозміною типу епілептичного нападу (ТТЕН), тобто зміною одного типу нападу на інший, і трансформації зі зміною фокального компонента епілептичного нападу (ТФКЕН). Видозміна (трансформація) епілептичного нападу може, на нашу думку, свідчити як про погіршання клінічного стану та прогресування захворювання — негативні трансформації епілептичних нападів (НТЕН); так і про поліпшення клінічного перебігу хвороби — позитивні трансформації епілептичних нападів (ПТЕН). Трансформації зі зміною клінічної картини фокального компонента епілептичного складного парціального або вторинно генералізованого нападу (ТФКЕН), на нашу думку, не можна розцінювати як однозначне свідчення про поліпшення або погіршання клінічного перебігу епілепсії.

Різні трансформації епілептичних нападів спостерігали у 273 хворих з фокальною епілепсією. У ході дослідження у 162 пацієнтів були виявлені ТТЕН, за якими можна було судити про динаміку клінічного перебігу епілепсії: позитивні трансформації епілептичних нападів — 101 хворий і негативні трансформації епілептичних нападів — 61 хворий. У решти (121 хворий) спостерігалися ТФКЕН, які не дозволяли однозначно судити про клінічну динаміку епілепсії.

Хворі були під спостереженням не менше 3 років. Перед початком динамічного спостереження всім хворим діагноз епілепсії був встановлений не менше ніж за рік. Усі хворі приймали різні протиепілептичні препарати (ПЕП), схеми препаратів змінювалися в процесі лікування. Вік хворих склав 20—65 років, в середньому (41,25 ± 2,14) роки. Усім хворим проводили оцінку неврологічного статусу, дослідження інтеріктальної ЕЕГ, дослідження когнітивних функцій, якості життя, проявів тривоги і депресивної симптоматики з використанням шкал MMSE, QOLIE-31, MADRS [3, 5]. Усі обстеження проводили та аналізували в динаміці.

Виокремлено такі варіанти трансформацій з повною видозміною типу епілептичного нападу.

Трансформація парціальних нападів із вторинною генералізацією — на прості парціальні напади. При цьому варіанті в клінічній картині хвороби (зазвичай в дебюті) напади були з вторинною генералізацією, які починалися з добре вираженого парціального початку з сенсорними, моторними або вегетативними проявами, з подальшою втратою свідомості та розвитком тоніко-клонічних судом. У процесі динамічного спостереження під впливом різних факторів ці напади змінилися на напади без втрати свідомості і подальшої генералізації, тобто на прості парціальні напади з різними сенсорними, моторними, або вегетативними проявами та без втрати або зміни свідомості зі «збереженням зв'язку» з навколишнім світом під час нападу. Зниження тяжкості нападів було розцінено як позитивна ТТЕН — поліпшення перебігу захворювання, що також супроводжувалося позитивними змінами загального стану, зменшенням наявності та/або ступеня важкості неврологічних і психічних порушень у хворих. У більшості цих пацієнтів відзначалася позитивна динаміка даних інтеріктальної ЕЕГ у вигляді зменшення представленості патологічної епілептиформної активності.

Зміна парціальних з вторинної генералізацією нападів — на складні парціальні. Протягом декількох років у хворих спостерігалися парціальні напади з вторинною генералізацією з різною симптоматикою початку нападу, але завжди з порушенням свідомості, наступною втратою свідомості і тоніко-клонічними судомами, з тривалим відновленням у післяіктальному періоді. З часом та внаслідок різних причин епілептичні напади трансформувалися в інші — спочатку спостерігалася комбінація складних парціальних нападів із вторинною генералізацією зі складними парціальними нападами без вторинної генералізації, які поступово повністю замінили дебютний тип нападів. Така заміна характеризувалася зменшенням тяжкості і тривалості нападу та більш легким перебігом післяіктального періоду. Це так само супроводжувалося поліпшенням когнітивних функцій, зменшенням психічних і неврологічних порушень. Той факт, що в таких випадках в епілептичний процес втягується не весь мозок (що де коли підтверджувалося і ЕЕГ-даними), а тривалість нападу скорочується, дозволив віднести їх до варіантів ПТЕН.

Складні парціальні напади з простим парціальним початком трансформувалися в прості парціальні. У дебюті хвороби у пацієнтів спостерігалися напади зміни свідомості поряд зі стереотипно повторюваними автоматизмами, спочатку яких постерігався простий парціальний компонент (сенсорні, моторні, вегетативні прояви). З часом, як ми припускаємо, в основному, під впливом лікування, хворі почали описувати напади без зміни або втрати свідомості з фокальними проявами — сенсорними, моторними або вегетативними, загальне самопочуття, настрій пацієнтів покращилися, зменшився ступінь вираженості непсихотичних психічних симптомів. Ці зміни розцінювалися як позитивна ТЕН.

Трансформація складних парціальних нападів — у напади з вторинною генералізацією. У дебюті хвороби напади характеризувалися складними нападами з сенсорними, психічними, руховими або вегетативними проявами на тлі зміненої свідомості. У частині випадків генералізація нападів наставала незабаром після нетривалого фокального періоду. В усіх випадках складні парціальні напади трансформувалися у вторинно генералізовані з тоніко-клонічними судомами, тривалим післяіктальним періодом, амнезією нападу. Така трансформація розцінювалася як негативна клінічна динаміка. У хворих з даною негативною ТТЕН погіршилися показники шкали якості життя при епілепсії, шкали тривоги і депресії і шкали MMSE.

Трансформація простих парціальних нападів — у вторинно генералізовані. У таких випадках реєструвалася зміна простих парціальних нападів в парціальні напади з вторинною генералізацією, і нерідко відчуття фокального компонента амнезувалося в післяіктальному періоді, або фокальний компонент значно скорочувався. У хворих фіксувалось прогресуюче погіршання пам'яті, уваги, збільшувалися стомлюваність, конфліктність. Спостерігалося погіршення даних ЕЕГ у вигляді поширення епілептиформної активності на обидві півкулі головного мозку та її посилення під впливом пред'явлення функціональних навантажень, збільшення спектральної потужності біопотенціалів дельта-діапазону в передніх відділах мозку. Дані трансформації були визначені як негативні ТТЕН.

Трансформація простих парціальних нападів на складні парціальні. У дебюті захворювання у хворих спостерігалися прості парціальні напади, які мали сенсорні, моторні, вегетативні прояви або короткочасні іктальні психічні симптоми. Наявна симптоматика в дебюті захворювання далеко не в усіх хворих розцінювалася як епілепсія. У динаміці захворювання в структурі пароксизмальних станів пацієнти або їхні родичі почали відзначати ознаки порушення свідомості у вигляді часткової або повної амнезії, нездатності говорити або розуміти, що відбувається під час нападу. Інколи спостерігалися епізоди автоматизму після нападу. Така динаміка клінічної картини у деяких хворих ставала підставою для постановки діагнозу епілепсія. Слід зазначити, що така трансформація зазвичай часто супроводжувалася погіршенням когнітивних функцій і рідше — приєднанням порушень емоційної сфери. При цьому у більшої частини хворих не відзначалося істотної динаміки ЕЕГ, хоча у невеликої кількості хворих спостерігалася негативна динаміка біоелектричної активності, подібна тієї, що спостерігається у хворих при трансформації простих парціальних нападів у вторинно генералізовані. Трансформація була розцінена як негативна ТТЕН.

Прості парціальні напади у деяких хворих *трансформувалися в поліморфні напади*: як у *складні парціальні напади*, так і *у вторинно генералізовані*. У дебюті захворювання у хворих спостерігалися прості парціальні напади, які так само далеко не в усіх випадках розцінювалися як епілептичні. У клінічній динаміці спостерігалося поєднання простих парціальних нападів із вторинною генералізацією і складних парціальних з простим парціальним початком, при цьому у деяких хворих нерідко зберігалися і наявні в дебюті прості парціальні напади. Цей варіант трансформації, окрім збільшення тяжкості, характеризувався ще збільшенням частоти нападів, погіршанням загального стану, погіршанням когнітивних функцій, негативними змінами в емоційно-вольовій сфері пацієнтів, зниженням якості життя хворих, погіршенням даних ЕЕГ, що дало підставу віднести їх до негативних ТТЕН.

Приєднання інших видів простих або складних парціальних нападів. Відмінною особливістю цього виду трансформацій є збереження нападів, що турбували пацієнта раніше, і поява (приєднання) до них нових простих або складних парціальних нападів. Найімовірніше, такі види трансформацій пов'язані з появою нових епілептичних вогнищ, з гіперактивацією лімбічних структур мозку. Клінічно така трансформація проявлялася приєднанням до вже наявних простих або складних парціальних нападів нових, невідомих раніше пацієнтові, нападів з оперкулярними, руховими, адверсійними проявами і порушенням або втратою свідомості. Поліморфізм нападів, що з'явився, часто супроводжувався появою мультифокальності при ЕЕГ-дослідженні, погіршував клінічний стан хворого, якість життя хворих, їх когнітивній та емоційний стан і був розцінений як НТЕН.

У частини хворих ми спостерігали видозміну клінічної картини епілептичного нападу, яка, однак, не дозволяла зробити висновок про зміну типу епілептичного нападу. У хворих відзначалася динаміка клінічної картини початку нападу, коли спостерігалося істотне подовження або вкорочення іктальної симптоматики, яка спостерігалася перед втратою або зміною свідомості. Такі клінічні ситуації ми визначили як трансформації із зміною фокального компонента епілептичного нападу, проте не змогли однозначно віднести їх до позитивних або негативних варіантів трансформацій.

Подовження парціального компонента при вторинно генералізованих нападах (клінічно ця трансформація виглядала як редукція «первинно генералізованого» тоніко-клонічного нападу у парціальний напад з вторинною генералізацією). У хворих цієї групи на початку хвороби спостерігалися генералізовані тоніко-клонічні напади, за якийсь час у них були зареєстровані раніше не діагностовані парціальні прояви перед втратою свідомості у вигляді рухових, сенсорних, або вегетативних іктальних симптомів, які зазвичай розцінювалися як поява у хворих «аури». У іншому клінічна картина нападу не змінювалася. У цьому випадку ми можемо говорити просто про подовження раніше дуже нетривалого, «прихованого клінічно» парціального компонента вторинно генералізованого нападу, а не про редукцію генералізованого тоніко-клонічного нападу у парціальний з вторинної генералізацією (що завжди спричиняє діагностичні сумніви).

Подовження парціального компонента (звичайно на тлі зміни схеми ПЕП) спостерігалося також при складних парціальних нападах, при яких в дебюті захворювання не визначався початок у вигляді простого парціального компонента. Клінічно — складний парціальний напад з швидким порушенням свідомості на початку нападу трансформувався в складний

парціальний напад з досить тривалим простим парціальним початком, який добре визначався клінічно. Необхідно відзначити, що клінічна картина нападу, крім його дебюту, у хворих не змінювалася. Істотної динаміки ЕЕГ-картини у цих пацієнтів не відзначалося, не спостерігалося й появи нового фокального фокусу. Не відзначалося також динаміки когнітивних функцій та емоційної сфери.

У частини досліджених хворих навпаки спостерігалося *істотне* (до такого, що не визначалося клінічно) *скорочення парціального компонента при складних парціальних нападах з простим парціальним початком* (клінічно було схоже, що складний парціальний напад з простим парціальним початком трансформується у складний парціальний напад з порушенням свідомості на початку нападу). Динаміки інтеріктальної ЕЕГ у більшості випадків не виявлялося. Не відзначалося також динаміки когнітивних функцій та емоційної сфери.

Істотне скорочення парціального компонента при вторинно генералізованих нападах клінічно було вкрай схоже на те, що парціальний напад з вторинної генералізацією трансформується в «первинно генералізований» тоніко-клонічний напад. Тобто парціальний компонент настільки скорочувався, що не визначався ні пацієнтом, ні його родичами, ні медперсоналом. На інтеріктальних ЕЕГ у деяких випадках виявлялося зростання дифузійної патологічної епілептичної активності. Відзначалося вкрай незначне статистично невірогідне погіршення когнітивних та емоційних функцій.

Під час проведення візуального і математичного аналізу ЕЕГ хворих на парціальну епілепсію з трансформацією епілептичних нападів була виявлена певна динаміка біоелектричної активності, яка відображала нейродинамічні зміни функціонального стану головного мозку під впливом трансформацій. Зміни як візуальної картини ЕЕГ, так і її спектральної складової можна розглядати, мабуть, як підтвердження позитивної або негативної спрямованості трансформації і як наслідок — показник (критерій) сприятливого або несприятливого перебігу захворювання.

При позитивних трансформаціях епілептичних нападів у кінці дослідження у 40 % хворих на ЕЕГ відзначалося значне зменшення патологічної епілептиформної активності у вигляді зникнення дифузних патологічних змін; зменшення одночасної представленості фокальної судомної активності в декількох ділянках мозку; зменшення кількості гострих хвиль і комплексів пік-повільна хвиля в тім'яно-скроневих відділах, із збереженням більш чітко визначеного фокального компонента в одній ділянці мозку; зниження повільнохвильової активності та відновлення представленості альфа-ритму (із збільшенням тривалості епох альфа-веретен у потиличних відведеннях) в загальній картині біоелектричної активності мозку. Порівняльні дані гіпервентиляційної проби так само показали в цілому зниження представленості високоамплітудної повільнохвильової активності після навантаження у 30 % хворих з ПТЕН, і тільки у 10 % хворих після гіпервентиляції було відзначено фокальне підвищення судомної активності. Необхідно відзначити, що у 45 % хворих з ПТЕН в процесі всього спостереження не було відзначено динаміки фокальної судомної активності на ЕЕГ, вона була низькою і значно не змінювалась. А у 15 % хворих на парціальну епілепсію з ПТЕН протягом усього дослідження біоелектрична активність практично відповідала нормі, або у них лише епізодично відзначались поодинокі прояви низької судомної активності з наступною нормалізацією ЕЕГ. Під час аналізу спектральної складової ЕЕГ у хворих з фокальною епілепсією з позитивними трансформаціями нападів до кінця спостережень відзначалось зниження асиметрії сумарної спектральної потужності біопотенціалів між півкулями, посилення процесів синхронізації в діапазоні тета-ритму в лобній, скроневій, тім'яній ділянках мозку, з акцентом підвищення спектральної потужності тета-діапазону у скроневих ділянках та альфа-діапазону — у потиличних.

У хворих з НТЕН в ході досліджень було виявлено переважне домінування епілептогенної активності на ЕЕГ в лобно-скроневих і частково тім'яних відділах правої гемісфери з достовірним збільшенням у них середньої спектральної потужності біопотенціалів дельта-діапазону, із збільшенням потужності тета-хвиль у скроневих ділянках обох гемісфер, зниженням спектральної потужності альфа-хвиль. Встановлено, що електрографічним корелятом формування негативної трансформації може бути поява на ЕЕГ домінуючої дельта-активності з частотою до 2—3 Гц в лобно-скроневих відділах мозку, поширення епілептиформної активності на обидві півкулі головного мозку та її посилення на пред'явлення функціональних навантажень, а також зростання спектральної потужності біопотенціалів тета- та дельта-діапазону в передніх відділах мозку.

Проте слід відзначити, що встановити достовірну кореляцію клінічного поліпшення або погіршення при трансформаціях епілептичних нападів з динамікою біоелектричної активності в усіх пацієнтів як при НТЕН, так і при ПТЕН, за допомогою рутинного ЕЕГ-обстеження не вдалося.

Під час аналізу змін клінічного стану хворих в ході спостережень було констатовано: у 23 хворих з ПТЕН спостерігалося досягнення контролю нападів через 0,5—1,5 роки після позитивної трансформації і у 35 хворих з ПТЕН — зменшення кількості нападів більш ніж на 50 %. У той же час у хворих з НТЕН у жодному клінічному спостереженні не було відмічено досягнення контролю нападів, а у 35 хворих на тлі НТЕН спостерігалось збільшення частоти нападів.

Було відзначено, що трансформації епілептичних нападів ведуть до зміни якості життя хворих, їхніх когнітивних функцій та емоційної сфери, що також підтверджує спрямованість трансформацій. НТЕН супроводжуються погіршанням якості життя і появою або посиленням депресивної і тривожної симптоматики у хворих на епілепсію. Поліпшення параметрів, що відображають наявність тривоги і депресії, покращання когнітивних функцій і якості життя хворих на тлі лікування збігалися з ПТЕН і позитивним перебігом епілепсії. Таким чином, після аналізу клінічного матеріалу цього дослідження та на підставі попереднього клінічного досвіду авторів була розроблена класифікація трансформацій фокальних епілептичних нападів у дорослих хворих.

Класифікація трансформацій фокальних епілептичних нападів у дорослих хворих на епілепсію [1]

А. Трансформації з повною видозміною типу епілептичного нападу (ТТЕН)

І. Позитивні трансформації епілептичних нападів (ПТЕН)

А.1. Парціальні напади з вторинною генералізацією — в прості парціальні напади.

А.2. Парціальні напади з вторинною генералізацією — у складні парціальні напади.

А.3. Складні парціальні напади з простим парціальним початком — в прості парціальні напади.

ІІ. Негативні трансформації епілептичних нападів (НТЕН)

А.4. Складні парціальні напади — в парціальні напади з вторинною генералізацією.

А.5. Прості парціальні напади — в парціальні напади з вторинною генералізацією.

А.6. Прості парціальні напади — у складні парціальні з простим парціальним початком.

А.7. Прості парціальні напади — у складні парціальні напади та вторинно генералізовані напади (поєднання простих парціальних нападів із вторинною генералізацією та складних парціальних з простим парціальним початком).

А.8. Приєднання інших видів простих або складних парціальних нападів (можливе при появі нових епілептичних вогнищ).

Б. Трансформації із зміною фокального компонента епілептичного нападу (ТФКЕН)

Б.1. Подовження парціального компонента при вторинно генералізованих нападах (клінічно — «первинно генералізований» тоніко-клонічний напад — в парціальний напад з вторинної генералізацією).

Б.2. Подовження парціального компонента при складних парціальних нападах з простим парціальним початком (клінічно — складний парціальний напад з порушенням свідомості на початку нападу — в складний парціальний напад з простим парціальним початком).

Б.3. Істотне скорочення парціального компонента при вторинно генералізованих нападах (клінічно — парціальний напад з вторинної генералізацією — в «первинно генералізований» тоніко-клонічний напад).

Б.4. Істотне скорочення парціального компонента при складних парціальних нападах з простим парціальним початком (клінічно — складний парціальний напад з простим парціальним початком — у складний парціальний напад з порушенням свідомості на початку нападу).

Вивчення трансформацій епілептичних нападів є важливим діагностичним критерієм, що дозволяє оцінити клінічно динаміку перебігу епілепсії. Це дозволяє на більш ранніх етапах захворювання правильно оцінити адекватність підбору ПЕП та ефективність лікування. Запропонована нами класифікація може бути рекомендована як один з критеріїв оцінки клінічного стану хворих на епілепсію. Врахування трансформацій епілептичних нападів у дорослих може стати одним з істотних критеріїв прогнозування перебігу хвороби, оцінки тяжкості її перебігу, а також адекватності проведеної терапії.

Список літератури

1. Дубенко А. Є., Дубенко Є. Г., Коваленко Д. П., Васильєва О. О. «Классификация трансформаций фокальных эпилептических припадков у взрослых больных эпилепсией». Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 46475 від 23.11.2012. Україна.

2. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин / В. А. Карлов. — М. : «Медицина», 2010. — 717 с.

3. Диагностические и экспертные шкалы в неврологии : методические рекомендации / [Кушнир Г. М., Могильников В. В., Корсунская Л. Л., Микляев А. А.]. — Симферополь, 2004. — 34 с.

4. Delgado-Escueta A. V. Summation of the workshops and discussion: the new wave of research in the epilepsies / A. V. Delgado-Escueta // Ann. Neurol. — 1984; 16(suppl): S145—S158.

5. Devinsky, O. Development of the quality-of-life in epilepsy inventory / O. Devinsky, B. G. Vickrey, and J. A. Cramer // Epilepsia. — 1995. — 36: 1089—104.

6. Peter and Carol Camfield. Canada. Evaluating Seizures And Diagnosing Epilepsy And Syndromes / Camfield Peter and Carol // Kuopio Epilepsy Symposium, 2005.

Надійшла до редакції 01.10.2013 р.

ДУБЕНКО Андрій Євгенійович, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, e-mail: adneuro@mail.ru

ДУБЕНКО Євген Григорович, доктор медичних наук, професор неврологічної клініки науково-практичного центру Харківського національного медичного університету, e-mail: egd29@mail.ru

КОВАЛЕНКО Дмитро Павлович, лікар-невропатолог, Харківська міська клінічна лікарня № 7, e-mail: kov_dp@mail.ru

ВАСИЛЬЄВА Ольга Олександрівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», e-mail: Vassilieva.Olga@gmail.com

DUBENKO Andriy, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher at the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, e-mail: adneuro@mail.ru

DUBENKO Evgen, Doctor of Medical Sciences, Professor of Neurological Clinic Research Center of Kharkiv National Medical University, e-mail: egd29@mail.ru

KOVALENKO Dmytro, neurologist at the Kharkiv City Clinical Hospital № 7, e-mail: kov_dp@mail.ru

VASILYEVA Olga, MD, PhD, Senior Researcher at the SI "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine", e-mail: Vassilieva.Olga@gmail.com