

часті надшлуночкові екстрасистоли. У решти пацієнтів (94,5 ± 2,7 %) порушень з боку провідникової системи серця виявлено не було.

Таким чином, у пропорційному співвідношенні порушення ЕКГ та ураження серця частіше спостерігалися у хворих на епілепсію, при цьому половину з них складали пацієнти з супутніми вродженими вадами серця. У більшості пацієнтів з неепілептичними пароксизмами кардіографічних порушень виявлено не було, тобто кардіогенна причина цих станів у дітей раннього віку скоріше є винятком. Оскільки при неепілептичних пароксизмах порушення провідникової системи серця спостерігалися лише у дітей з комбінованими клінічними проявами (характерними як для блідих так і ціанотичних синкопе), можна припустити, що ці порушення є патофізіологічною основою такої клінічної особливості.

Незважаючи на описаний в літературі механізм рефлекторних аноксичних синкопе (блідих синкопе) у вигляді короткотривалої рефлекторної асистолії, при рутинному обстеженні (навіть при наявності доступу до холтеровського моніторингу) зафіксувати це явище вкрай важко, тобто диференційний діагноз має спиратися на дані ретельно зібраного анамнезу.

УДК 616.8-053.2-07-08

*А. А. Омеляненко, С. К. Евтушенко, Т. М. Морозова,  
Е. П. Шестова, А. В. Морозова*

*Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького*

**ИЗМЕНЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ  
ПОТЕНЦИАЛОВ, СВЯЗАННЫХ С СОБЫТИЕМ,  
НА ОБРАЗНО-СЕМАНТИЧЕСКИЕ СТИМУЛЫ У ДЕТЕЙ  
С ИДИОПАТИЧЕСКИМИ ФОКАЛЬНЫМИ ЭПИЛЕПСИЯМИ  
В ОТСУТСТВИЕ АНТИКОНВУЛЬСАНТНОЙ ТЕРАПИИ**

Идиопатические фокальные эпилепсии (ИФЭ) являются самыми частыми формами фокальных эпилепсий у детей первых 10 лет жизни. В части случаев ИФЭ проявляются не только приступами, но и когнитивными, поведенческими нарушениями. Эти интериктальные проявления могут возникать в рамках эпилептической энцефалопатии и могут быть следствием антиконвульсантной терапии. Такая двойственность патогенеза приводит к значительным затруднениям в принятии терапевтических решений у этих больных.

Целью исследования было изучение состояния когнитивных функций (КФ) у детей с дебютом ИФЭ до начала антиконвульсантной терапии.

Нами были обследованы 32 чел. с дебютом ИФЭ. Возраст детей варьировал от 5 до 11 лет. Мальчиков — 16 чел., девочек — 16 чел. ИФЭ с центротемпоральными спайками была диагностирована у 25 детей (71,8 %), затылочная эпилепсия с ранним дебютом — у 6 детей (18,8 %), затылочная эпилепсия с поздним дебютом (с-м Гасто) — у 1 чел. (3,1 %). На момент обследования ни в одном из случаев не было жалоб на когнитивные и/или поведенческие нарушения и никто из обследованных не получал антиконвульсанты.

У этих детей мы исследовали ВПСС на образно-семантические стимулы. Предъявляли изображения живых и неживых объектов с заданием отмечать

появление значимых стимулов нажатием кнопки. Оценивали латентный период (ЛП) и межпиковую латентность (МПЛ) компонентов N2, P3 и N4. Также рассчитывали средний интервал между эпилептическими разрядами (СИЭР) на момент исследования, суммарную медианную частоту спектра (МЧС) и соотношение спектральной мощности (ССМ) медленной и быстрой активности —  $(\delta + \theta)/(\alpha + \beta)$ .

Контрольная группа была представлена 54 здоровыми лицами того же пола и возраста.

В момент исследования биоэлектрическая активность мозга (БЭА) была в пределах нормы у 17 чел. (53,1 %). Эпилептические разряды на ЭЭГ были зарегистрированы у 15 детей (46,9 %). СИЭР колебался от 0,97 сек. до 52,5 сек. МЧС и ССМ не отличались от нормальных.

Удлинение ЛП N2 было выявлено у 13 детей (40,6 %), ЛП P3 — у 17 детей (53,1 %), ЛП N4 — у 24 детей (75,0 %). Удлинение МПЛ N2-P3 выявлено у 21 чел. (65,6 %), МПЛ P3-N4 — у 19 чел. (59,4 %), МПЛ N2-N4 — у 23 детей (71,9 %). Удлинение ЛП N4 встречалось достоверно чаще, чем удлинение ЛП N2 или P3. Средние показатели параметров ВПСС у детей с ИФЭ были достоверно хуже, чем в контрольной группе.

Мы сравнивали показатели ВПСС у детей с эпилептическими разрядами на ЭЭГ и без них. Частота выявления патологических изменений для каждого из оцениваемых параметров значимо не отличалась в этих подгруппах. Средние показатели компонентов ВПСС были хуже у детей с наличием ЭР, но ни для одного из показателей различия не были статистически достоверными. Корреляция между показателями ВПСС и ЭЭГ (СИЭР, МЧС, ССМ, количество эпилептических очагов) выявлена не была.

Таким образом, можно констатировать, что у большинства пациентов с ИФЭ, уже в дебюте заболевания, возникают субклинические расстройства КФ с нарушением рабочей и семантической памяти. Частота встречаемости и степень выраженности этих изменений не зависят от наличия и количества эпилептических разрядов во время исследования. Этот факт может указывать на то, что патогенез эпилептической энцефалопатии не ограничивается влиянием интериктальных ЭР, а их количество не может служить достаточным электрографическим индикатором эпилептической энцефалопатии. Необходимы дальнейшие исследования с анализом иных количественных параметров спонтанной и вызванной БЭА для выявления релевантных признаков эпилептической энцефалопатии и возможного изменения терапии.

УДК 616.853-053.2-07-085.21

*Т. И. Померанцева\*, О. В. Скоробогатова\*\**

*\*Луганская областная детская клиническая больница,  
\*\*ГУ «Луганский государственный медицинский  
университет» (г. Луганск)*

**КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
НОЧНЫХ ФОКАЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЙ**

Ночные фокальные эпилепсии (НФЭ) — это состояния, которые характеризуются наличием эпилептических припадков, возникающих преимущественно во