Состояние заболеваемости туберкулезом в Вооруженных Силах Украины

А.Р. САПОЖНИКОВ

Национальный военно-медицинский клинический центр «Главный военный клинический госпиталь»

Резюме: *в статье рассмотрены вопросы заболеваемости туберкулезом среди военнослужащих Вооруженных Силах Украины, которые приобрели новую актуальность во время проведения антитеррористической операции (АТО), призыва на военнную службу граждан Украины по мобилизации.*

Ключевые слова: *туберкулез, военнослужащие, мобилизация.*

Tuberculosis morbidity among military personell of the Armed Forces of Ukraine

A.R. SAPOZHNIKOV

National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital»

Summary. *The article is addressed to the tuberculosis morbidity among servicemen of the Armed Forces of Ukraine, the issue that became critically important during realization of anti-terror operation (ATO) and mobilization of Ukrainian civil citizens to participating in ATO.*

Key words: *tuberculosis, servicemen, mobilization.*

УДК 616.853–02 : 616.831–005.1]–085.851.11

Антиконвульсивна сугестивна психотерапія у лікуванні хворих на післяінсультну епілепсію похилого віку

О.В. САЙКО

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Резюме. *Згідно з міжнародною класифікацією епілепсій, епілептичних синдромів і родинних пароксизмальних станів «післяінсультна епілепсія» належить до симптоматичних форм з установленою структурою уражень головного мозку. У структурі епілепсії в осіб похилого віку провідними типами нападів є парціальні напади (прості або складні, з вторинною генералізацією або без неї). Серед побічних ефектів антиконвульсантів у похилій віковій групі найчастіше зустрічаються: підвищення або зменшення маси тіла, загальна седативна дія, ускладнення з боку травного тракту,*

порушення пам'яті та мислення, запаморочення, когнітивні порушення, гіпонатріємія, депресія, гіперхолестеролемія. Усвідомлення цих фактів спонукало розробити методи лікувальної антиконвульсивної сугестії, з метою припинення судомних нападів, що одночасно дало б можливість зменшити дози класичних антиконвульсантів у терапії хворих похилого віку з післяінсультною епілепсією.

Усім досліджуваним хворим (n=18), окрім клініко-неврологічного обстеження, були проведені стандартні дослідження: психодіагностичне (шкала Mini-Mental State Examination – MMSE, госпітальна шкала тривоги та депресії Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, шкала депресії Бека – Beck Depression Inventory), лабораторне (загальний та біохімічний аналізи крові, коагулограма), електроенцефалографічне, нейровізуалізаційне – комп'ютерно-томографічне головного мозку

Для лікування судомних проявів епілепсії, супутніх невротичних, тривожно-депресивних та когнітивних розладів в основній групі хворих (n=11), застосовували методику сугестивної психотерапії в кількості від 8 до 15 сеансів за методикою професора А.Є. Архангельського. Тривалість сеансів була до 40 хвилин. Навіювання в гіпнотичний стан відбувалося методом релаксації (техніка М.І. Платонова). Стадію глибини гіпнотичного сну визначали згідно з класифікацією Є.С. Каткова. Зміст сеансів мав індивідуальний характер і входив до складу наступних послідовних навіювань, що не повторювалися.

У результаті проведеного дослідження доведено позитивний вплив лікувальної антиконвульсивної сугестивної психотерапії на когнітивні показники за шкалою MMSE у хворих на післяінсультну епілепсію. Також на фоні лікувальної сугестивної психотерапії значно зменшилися прояви тривоги та депресії. Клінічна ефективність застосування даної методики поєднувалася з позитивними змінами на електроенцефалограмі. В більшості випадків досягнута повна ремісія нападів протягом року.

Ключові слова: *післяінсульта епілепсія, сугестивна психотерапія.*

Будь-який нешкідливий засіб,
який хоча б одного разу виявився
успішним, заслуговує на вивчення
Broca (1860)

Епілепсія – хронічне захворювання головного мозку, що характеризується повторними нападами, які виникають в результаті надмірної нейронної активності та супроводжується різними клінічними та параклінічними проявами [6]. Цереброваскулярні захворювання – один із найчастіших чинників ризику розвитку симптоматичної епілепсії. Найвагоміше дослідження даної теми було проведено Е.С. Прохоровою [12]. Автор проаналізувала великий матеріал (26 000 випадків) і довела, що при ішемічному інсульті епілептичні напади мають місце у 4,12% пацієнтів.

За даними А.Б. Гехт, частота розвитку післяінсультної епілепсії складає біля 9,6% [5]. У 6% пацієнтів епілептичні напади мали місце протягом першого тижня ішемічного інсульту. У відновлювальному періоді напади відбувалися у 60% пацієнтів. Середня частота судинної епілепсії

склала 4,2% випадків, що відповідало результатам досліджень, які проводили у Норвегії та Великій Британії [14]. Ранні епілептичні напади проявляються протягом перших 7 діб розвитку інсульту, а пізні напади виникають після перших 7 діб з моменту появи симптомів інсульту, в більшості випадків через 2–10 місяців від початку захворювання, а іноді через кілька років [12, 16]. У структурі епілепсії в осіб похилого віку провідними типами нападів є парціальні напади (прості або складні, з вторинною генералізацією або без неї) [12]. Виникнення різноманітних форм епілептичних нападів у відновлювальному і резидуальному періодах інсульту пов'язано з наявністю постішемічної лікворної кісти або кіркової атрофії, в результаті чого формується епілептичний фокус [8].

Відповідно до даних представників Павловської школи, таке епілептогенне вогнище, яке оточене «валом гальмування», час від часу викликає засвоєння патологічного ритму навколишніми здоровими ділянками мозку, що призводить до генералізації патологічного ритму та розвитку епілептичного нападу – нейронного розряду. Тому у кожного конкретного хворого наявне своє індивідуальне співвідношення між успадкованим рівнем судомної готовності та вираженістю набутих ушкоджень мозку, що призводять до формування епілептогенного вогнища [1, 4].

Вочевидь, що ідеальним засобом для припинення епілептичних нападів міг би стати метод лікування, при якому гальмівний вплив на епілептогенне вогнище не супроводжувався загальним пригніченням головного мозку. Цей метод дав би змогу вибірково спричиняти вплив на вогнище органічного пошкодження. Вочевидь і інше; бажаної вибірковості неможливо досягнути, якщо застосовувати тільки медикаментозне лікування. Також відомо, що психотерапевтичний метод дає можливість забезпечити лише вплив на окремі ділянки головного мозку. Наприклад, в процесі гіпносугестивної терапії неважко викликати функціональний параліч руки або анестезію в ній за рахунок вибірково гальмівних впливів на ділянку кори, що відповідає соматотопічному представництву органа. Панують переконання, що психотерапії доступні тільки психогенні функціональні розлади, тоді як епілепсія є органічнічним захворюванням нервової системи, тому психотерапевтичний вплив на неї не може бути ефективним. Деякі автори пропонували застосовувати психотерапію для лікування невротичних реакцій, для стабілізації емоційного стану і корекції інших вторинних функціональних розладів у хворих на епілепсію [11]. Іркутський вчений-невролог Х.Г. Ходос зазначав, що психотерапія показана хворим епілепсією не в меншому ступені, ніж хворим з неврозами. Однак він мав на увазі лікування методами психотерапії вторинних відносно основного захворювання функціональних розладів. R. Dreuer прийшов до висновку, що психотерапія може допомогти безпосередньо

запобігти виникненню епілептичних нападів і протягом короткотривалого часу можливо досягти відчутних результатів лише за умови диференційованого змісту гіпнотичних навіювань залежно від особливостей розвитку клінічного перебігу епілепсії [4]. М.Ш. Вольф проводив гіпнотерапію хворим епілепсією під контролем електроенцефалографічних досліджень і відмітив, що під час глибокого гіпнотичного сну у хворих із симптоматичними формами захворювання спостерігали відсутність деяких патологічних компонентів електроенцефалограм. Але при пробудженні ці порушення, а саме, повільнохвильова активність, з'являлися знову.

Лікування епілепсії (епілептичних нападів) методами психотерапії згадується в Новому Завіті (Лк. 9, 38-42):

«38. І ось чоловік з натовпу закричав, гукаючи: Учителю, благаю тебе зглянутись на мого сина, бо один він у мене!

39. А ото дух хапає його, він раптово кричить, кидається з піною. І вимучивши його, насилу відходить від нього;

40. благав я учнів Твоїх, щоб вигнали його, але не змогли!

41. У відповідь Ісус сказав: О роде невірний і розбещений, доки Я буду з вами й терпітиму вас? Приведи сюди свого сина!

42. Коли він ще йшов, кинув його і затряс ним біс. Та Ісус пригрозив нечистому духові, оздоровив дитину і віддав батькові».

Лікування хворих похилого віку із перенесеним церебральним інсультом в анамнезі з діагностованою післяінсультною епілепсією є непростим завданням порівняно з лікуванням епілепсії у пацієнтів молодого віку [7, 15]. Це пов'язано зі збільшенням ризику міжлікарської взаємодії, вікової залежності печінкової та ниркової дисфункції, що потребує збільшення інтервалів між прийомом антиконвульсантних препаратів. Дозозалежні побічні ефекти антиконвульсантів, такі як запаморочення або вестибулярні розлади, а також препаратоспецифічні побічні дії, такі як гіпонатріємія чи тремор, можуть бути зумовлені вищим рівнем концентрації антиепілептичних препаратів у сироватці крові порівняно з пацієнтами молодого віку [8, 14]. Прийом класичних антидепресантів, транквілізаторів та антиконвульсантів небажано через ряд ускладнень, побічних явищ через наявність важких набутих супутніх соматичних захворювань у хворих даної категорії. Традиційні антиепілептичні препарати – карбамазепін, фенітоїн, вальпроати метаболізуються в печінці. Так, карбамазепін і фенітоїн індукують печінковий метаболізм, тим самим значно знижують ефекти багатьох лікарських препаратів, включаючи варфарин. Вальпроати і ламотриджин інгібують печінковий метаболізм та підвищують ризик розвитку печінкової недостатності, особливо на фоні гепатодуоденальної недостатності. Карбамазепін значно підвищує ризик

гіпонатріємії, що необхідно враховувати при лікуванні хворих на постінсультну епілепсію, які отримують лікування з приводу гіпертонічної хвороби та використовують в лікуванні тіазидні діуретики (гідрохлоротіазид, індапамід). При цьому значно підвищується частота запаморочень, летаргії, сомноленції, що асоціюються з гіпонатріємією [4]. Значно підвищується ризик антиепілептично-асоційованого остеопорозу, остеомаляції на фоні приймання фенобарбіталу, фенітоїну, пермидону [7]. При цьому ризик розвитку остеопенії і остеопорозу значно зростає при політерапії порівняно з монотерапією. Мінімальний профіль міжлікарської взаємодії описаний тільки для нових антиепілептичних препаратів (габапентин, леветирацетам) [6, 10]. Ці препарати ефективні при фокальній епілепсії та виводяться через нирки в незміненому вигляді, однак їх дозування залежить від порушення реальної функції. Отже, серед побічних ефектів антиконвульсантів в похилій віковій групі найчастіше зустрічаються: підвищення або зменшення ваги тіла, загальна седативна дія, шлунково-кишкові ускладнення, порушення пам'яті та мислення, запаморочення, когнітивні порушення, гіпонатріємія, депресія, гіперхолестеринемія [7].

Окрім того, що антиконвульсивна фармакотерапія має виражені токсичні побічні ефекти, вона може змінювати перебіг захворювання, усунути ті чи інші порушення, але не може змінити поведінку хворого в соціальному середовищі.

Мета роботи – розробка методу лікувальної антиконвульсивної сугестії, яка б забезпечувала припинення судомних нападів та дала б змогу зменшити дози класичних антиконвульсантів у терапії хворих з післяінсультною епілепсією похилого віку.

Матеріали та методи

Лікувальну сугестивну психотерапію (СП) проводили 11 хворим в умовах ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (м. Львів) та склали основну групу досліджуваних хворих. Середній вік хворих (65,4±1,5) років. Неврологічний огляд проводився за загальноприйнятою методикою. Окрім цього, усім хворим були проведені стандартні обстеження: психодіагностичне (шкала Mini-Mental State Examination – MMSE, госпітальна шкала тривоги та депресії Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, шкала депресії Бека – Beck Depression Inventory), лабораторне (загальний та біохімічний аналізи крові, коагулограма), електроенцефалографічне (ЕЕГ) на 16-канальному енцефалографі EEG16S «Medicor», нейровізуалізаційне – комп'ютерно-томографічне (КТ) головного мозку (апарат «Asteion-4 мод.» модель TSX- 021B, Японія).

Обстежені хворі отримували гіпотензивну, антиагрегантну, нейрометаболічну, протисудомну, за потреби – інфузійну терапію. Для лікування судомних проявів епілепсії, супутніх невротичних, тривожно-депресивних та когнітивних розладів застосовували методику сугестивної психотерапії в кількості від 8 до 15 сеансів, до 40 хвилин кожний за методикою професора А.Є. Архангельського [1]. Навіювання в гіпнотичний стан відбувалося методом релаксації (техніка М.І. Платонова). Стадію глибини гіпнотичного сну визначали згідно з класифікацією Є.С. Каткова. Зміст сеансів мав індивідуальний характер і входив до складу наступних послідовних навіювань, що не повторювалися [2, 10, 11, 13] та включав наступні етапи:

1) Психотерапевтична розмова з метою встановлення гіпнорапорту. Занурення в гіпнотичний сон з метою дезактуалізації психотравмуючих переживань.

2) Проведення сугестивної гіпногіпермнезії відносно перенесених нападів, блокування негативних сновидінь, які сформували у пацієнта судомний стереотип, для попередження психогеній та їх рецидивів.

3) Використання гіпногіпермнезії для лікувальної мети.

4) Застосування антиковульсивної сугестії.

5) Активація підвищення психічного і вітального тонусу.

6) Завершальний сеанс курсу сугестивної психотерапії з метою тривалої пролонгації закріплених попередніх навіювань.

На всіх етапах курсу проводили гіпнотичний сон-відпочинок для формування нормальної біоелектричної активності мозку. За даними ЕЕГ-дослідження, в усіх хворих до проведення антиконвульсвної сугестивної психотерапії мали місце різні відхилення біоелектричної активності головного мозку від нормальних показників (дезорганізована та низькоамплітудна редукція альфа-ритму, зсув спектру амплітуди до дельта- і тета-хвиль, пароксизмальна активність). У переважної більшості хворих спостерігали повільнохвильову високоамплітудну активність, порушення зональних відмінностей, пароксизмальні компоненти поліформних комплексів, що складалися з піків, гострої та повільної хвиль.

Повної відміни антиконвульсантів не було. Пацієнти продовжували прийом попередніх антиконвульсантів (частіше карбамазепіну 200 мг/доб). Отримуючи менші дози антиконвульсантів, пацієнт тим самим підтримував напруженість і тривалість сугестії. Додатковим підсилювачем ефективності лікування було призначення плацебо-препарату (похідного гама-аміномасляної кислоти – гопантенової кислоти 500 мг/добу) та створення сугестивної складової самої медикаментозної терапії.

Хворі контрольної групи (n=7) отримували лише стандартне (базове) лікування.

Отримані результати обробляли статистично з використанням пакетів прикладних програм Statistica 5,5 for Windows, Microsoft Office Exel 2010. Статистичну значимість відмінностей між середніми значеннями показників у групах оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення

Складні парціальні напади спостерігали у 11 (61,1%), прості у 5 (27,8%) та напади з вторинною генералізацією – у 2 (11,1%) хворих.

У всіх хворих епілептичні напади були пізніми. Протягом 1-го року після інсульту перший епілептичний напад виник у 10 (55,6%) хворих, протягом наступного року – у 5 (27,8%) хворих та у 2 (11,1%) хворих на 3-й і 4-й роки. В усіх хворих в анамнезі були церебральні інсульти. 8 (44,4%) хворих перенесли інфаркт мозку в басейні правої середньої мозкової артерії (СМА), 6 (33,3%) – в басейні лівої СМА, в басейні передніх мозкових артерії (ПМА) 2 (11,1%) хворих, ще 2 (11,1%) – в басейні правої і лівої внутрішніх сонних артерій (ВСА). У 5 хворих церебральний ішемічний інсульт був повторним: у 3-х випадках у тому ж басейні, у 2-х випадках – в інших басейнах. Спонтанний субарахноїдальний крововилив в анамнезі мав місце у 1 хворого. У 2-х хворих встановлений діагноз ішемічного інсульту та складного парціального припадку з вторинною генералізацією. Початок виникнення епілептичних нападів відбувався після 60 років.

У всіх досліджуваних хворих епілептичні напади були повторними та виникали на фоні прийому класичних антиконвульсантів. У 11 (61,1%) хворих епілептичні напади виникли вдруге, у 4 (22,2 %) хворих – втретє. У 3-х (16,7 %) хворих епілептичні напади спостерігалися більше трьох разів. Карбамазепін приймали 14 хворих, ламотриджин – 3 хворих, топірамат – 1 хворий. Вищезазначеним хворим дані препарати призначали у вигляді монотерапії. Випадки трьох і більше епілептичних припадків спостерігалися у 1 хворого, який приймав топірамат і у 6 хворих, які приймали карбамазепін. При детальному зборі анамнезу встановлено, що зазначені хворі не дотримувалися суворого режиму сну, не обмежували себе в перегляді телепрограм, роботі з персональним комп’ютером, порушували дієту – вживали одночасно велику кількість рідини, часник; окремі хворі вживали алкоголь та нерегулярно приймали призначені антиконвульсанти.

Клінічні прояви післяінсультної епілепсії відповідають певному патологічному вогнищу в головному мозку. Проведений аналіз локалізації і розмірів післяінсультних ішемічних змін, що виявлені при КТ (табл. 1). Найчастіше у хворих з післяінсультною епілепсією мали місце невеликі та середні післяінсультні лікворні кісти, переважно кірково-підкіркової та кіркової локалізації.

Таблиця 1

Результати комп'ютерної томографії головного мозку хворих на післяінсультну епілепсію

Зміни на КТ головного мозку	Післяінсультна епілепсія (n=18)
Ішемічний інсульт	18 (100%)
Розмір вогнища	
Малий (<20 мм)	6 (33,3%)
Середній (20–35 мм)	9 (50%)
Великий (>35 мм)	3 (16,7%)
Локалізація	
Кіркова	5 (27,8%)
Кірково-підкіркова	12 (66,7%)
Підкіркова	1 (5,6%)

Таблиця 2

Локалізація лікворних кіст у хворих на післяінсультну епілепсію

Локалізація	Кількість (%)
Лобно-скронево-тім'яна	1 (5,5%)
Скронева	2 (11,1%)
Тім'яна	2 (11,1%)
Лобно-скронева	1 (5,5%)
Скронево-тім'яна	12 (66,8 %)

Локалізація післяінсультних лікворних кіст переважала в скроневих і скронево-тім'яних ділянках (80%) та корелювали з розвитком складних парціальних нападів (72,2%). Локалізація післяінсультних лікворних кіст в кіркових відділах головного мозку корелювала з простими парціальними припадками. При локалізації післяінсультних лікворних кіст в ділянках моторних відділів кори головного мозку напади відбувалися за типом джексонівських та супроводжувалися післяіктальним моторним дефіцитом.

Результати оцінки когнітивних порушень у хворих на післяінсультну епілепсію за шкалою MMSE наведені у таблиці 3.

Таблиця 3

Показники когнітивної дисфункції до і після сугестивної психотерапії за шкалою MMSE (бали)

Основна група	До лікування	Після лікування	Контрольна група	До лікування	Після лікування
n=11	25,2±1,1	28,4±1,2	n=7	25,2±1,2	26,2±1,3

Слід зазначити, що у переважної більшості обстежених хворих на післяінсультну епілепсію до початку лікування, за даними шкали MMSE, відмічалися когнітивні порушення. В обстежених хворих після проведення лікування спостерігали зростання чисельного значення балів у переважній більшості субтестів шкали MMSE: у 65% когнітивні порушення нівелювалися, а у 35% хворих були відмічені як незначні. Отримані результати свідчать про позитивний вплив лікувальної СП на когнітивні показники за шкалою MMSE у хворих на післяінсультну епілепсію.

Таблиця 4

Показники депресії за шкалою депресії Becka до і після сугестивної психотерапії

Основна група	До лікування	Після лікування	Контрольна група	До лікування	Після лікування
n=11	17,8±2,2	15,2±1,2	n=7	17,6±2,1	17,2±1,1

Таблиця 5

Показники тривоги за шкалою HADS до і після лікування СП

Основна група	До лікування	Після лікування	Контрольна група	До лікування	Після лікування
n=11	10,4±1,6	8,0±1,4	n=7	10,2±1,6	10,0±1,2

Як видно з даних таблиць 4 і 5, на фоні лікувальної СП з’явилася тенденція до зниження рівня тривоги та депресії.

Фармакотерапія післяінсультної епілепсії з використанням класичних антиконвульсантів у поєднанні з лікувальною СП у більшості випадків дала змогу досягнути повної ремісії нападів протягом року (8 випадків, 72,7% випадків). У 3 (27,3%) хворих частота нападів зменшилася більш як на 50%. Враховуючи, що післяінсультна епілепсія є локально обумовленою, симптоматичною, з парціальним компонентом припадків, перевагу надавали карбамазепіну як препарату першого вибору. Використовували пролонговану (ретардовану) форму препарату в дозі 200 мг/добу.

Клінічна ефективність застосування комплексного лікування супроводжувалася позитивними змінами на ЕЕГ: значним зменшенням вираженості епілептиформної активності та зменшенням індексу гострих і повільних хвиль.

Наводимо клінічний випадок з нашої практики.

Хворий Р., 1955 р. н., в травні 2006 р. переніс спонтанний субарахноїдальний крововилив, а в травні 2008 р. – ішемічний інсульт в басейні правої середньої мозкової артерії (СМА). Виписаний з покращенням: руховий стереотип відновився до самостійного обслуговування. Шкала інсульту NIHSS при поступленні 12 балів, при виписці – 6 балів. Епілептичний напад відбувся через 4 роки після ішемічного інсульту та повторювався з періодичністю до 4-х разів на рік. Постійно приймав карбамазепін, ацетилсаліциловую кислоту, периндоприл.

Поступив в плановому порядку на обстеження та лікування в ангіоневрологічне відділення клініки нейрохірургії та неврології зі скаргами на погіршення пам'яті, порушення нічного сну, головний біль, втому та внутрішню напругу, тривогу, періодичні епілептичні напади (до 4-х разів на рік).

При поступленні хворий в свідомості, звернену мову розуміє, мовний контакт вільний, інструкції виконує. Емоційно лабільний, фіксований на хворобливих відчуттях. Зіниці однакові, фотореакції мляві, конвергенція з акомодацією ослаблені. Ністагм відсутній, двоїння заперечує. Згладжена права носо-губна складка. Девіація язика праворуч. Дистанс-оральний рефлекс Карчикяна. Сухожилкові та періостальні рефлекси переважають ліворуч. Лівобічний геміпарез, гемігіпестезія. М'язова сила в паретичних кінцівках – 4 бали. Патологічні ступневі рефлекси та менінгеальні симптоми не викликаються. Координаторні проби виконує правильно. Функція тазових органів контрольована.

При КТ дослідженні головного мозку в правій скронево-тім'яній ділянці відмічена значна ішемічна зона з чітким контуром щільності від +3 до +12 ОД з розширенням правого бокового шлуночка до 2,5 см. Ширина тіла лівого бокового шлуночка до 1,6 см. Серединні структури не зміщені, борозни та щілини розширені. Висновок: лікворна кіста правої скронево-тім`яної ділянки.

Лабораторні дослідження крові в межах норми.

ЕЕГ до проведення сугестивної психотерапії: групи не зовсім регулярного альфа-ритму амплітудою (А) до 30–35 мкВ чергуються з тета-комплексами А до 30–35 мкВ. Зміни симетричні. При відкриванні очей, дії світлових та звукових подразників, альфа-ритм добре пригнічується в усіх відведеннях. У підкіркових відділах епізодично реєструються бета-групи А до 20 мкВ, зрідка пароксизмальні спайки. Окрім того, окремі пароксизмальні спайки зрідка реєструються і у лобній ділянці лівої півкулі. Наприкінці гіпервентиляції у підкіркових відділах епізодично реєструються досить високоамплітудні тета-розряди А до 50 мкВ, зрідка 65 мкВ. Висновок: незначні дифузні зміни. У підкіркових відділах– помітні ознаки подразнення, зрідка окремі пароксизмальні спайки. Рідко пароксизмальні спайки реєструються і у лобній ділянці лівої півкулі.

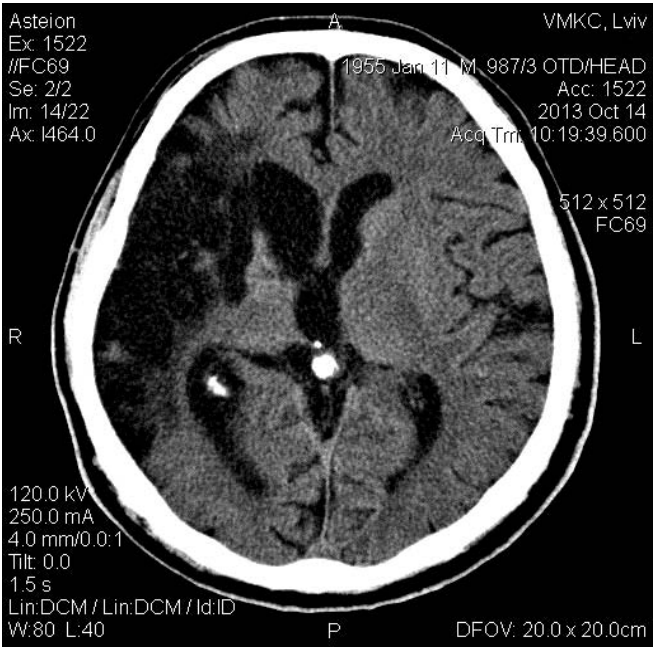

Рис. КТ головного мозку хворого Р.

Наприкінці гіпервентиляції у підкіркових відділах епізодично реєструються високоамплітудні тета-комплекси: виявляється помірне підвищення збудливості потенціалів у підкіркових відділах.

Шкала MMSE: 28 балів (порушення когнітивної функції не виявлено). Госпітальна шкала тривоги та депресії при поступленні: 10/11 балів (субклінічно виражена тривога, клінічно виражена депресія). Шкала Бека: 17 балів (помірна депресія).

Клінічний діагноз: Симптоматична вогнищева постінсультна епілепсія з рідкими (до 4 разів на рік) вторинно генералізованими нападами. Цереброваскулярна хвороба: дисциркуляторна енцефалопатія III стадії. Наслідки перенесеного спонтанного субарахноїдального крововиливу (30.05.2006), ішемічного інсульту в басейні правої середньої мозкової артерії (01.05.2008) з формуванням постінсультної лікворної кісти правої скронево-тім'яної ділянки. Лівобічний геміпарез.

З антиконвульсивною метою та для корекції тривожно-депресивного розладу проводили СП. Проведено 8 сеансів по 40 хвилин кожний. Досягнута друга стадія глибини гіпнотичного сну. Після закінчення курсу СТ відмічено

помітне покращення самопочуття: відсутність внутрішньої напруги, повний регрес постійного головного болю, втомлюваності, підвищення настрою, життєвого тонусу, впевненості в собі, відновлення нічного сну.

ЕЕГ після проведення СП: групи не зовсім регулярного альфа-ритму амплітудою (А) до 30–40 мкВ епізодично чергуються з тета-комплексами А до 30–35 мкВ. Д=S. При відкриванні очей, дії світлових та звукових подразників, альфа-ритм добре пригнічується в усіх відведеннях. У підкіркових відділах епізодично реєструються бета-групи амплітудою до 15–16 мкВ, під час гіпервентиляції зрідка А до 20 мкВ. Висновок: виявляються незначні дифузні зміни. У підкіркових відділах – ознаки подразнення, які помітно зростають під час гіпервентиляції. Спостерігається явна позитивна динаміка порівняно з попередньою ЕЕГ.

Результати контрольного тестування при виписці хворого за госпітальною шкалою тривоги та депресії: тривоги та депресії не виявлено; за шкалою Бека – 9 балів.

Хворий виписаний із значним покращенням. В амбулаторних умовах рекомендовано продовжувати пероральну антиконвульсивну терапію удвічі зменшеною дозою (200 мг/добу) з одночасним прийомом гопантенової кислоти (500–1000 мг/добу).

Висновки

1. Розуміння потенційних ускладнень, пов’язаних з використанням класичних антиконвульсантів, особливо важливе для неврологів та епілептологів, оскільки побічні дії розвиваються поступово і через кілька років стають незворотними.

2. Розроблений метод лікувальної психотерапевтичної сугестії спрямований на попередження істинних нейронних розрядів, що супроводжуються парціальними конвульсіями. З метою значного зменшення медикаментозного навантаження на організм пацієнта похилого віку в лікуванні післяінсультної епілепсії за допомогою певної послідовності навіювальних образів можна досягнути вибіркового гальмування епілептогенного вогнища в мозку хворих, що страждають на післяінсультну епілепсію.

3. Основними чинниками ризику для розвитку післяінсультної епілепсії у хворих похилого віку є кіркова і кірково-підкіркова локалізація післяінсультних кист середнього та малого розмірів, які локалізуються переважно в скронево-тімяних ділянках головного мозку.

4. Післяінсультні зміни, що виявлені при КТ дослідженні головного мозку, формують епілептогенні вогнища, які обумовлюють формування і розвиток епілептичних нападів. В клінічній картині післяінсультної епілепсії переважають складні парціальні напади.

5. Клінічна ефективність застосування антиконвульсивної СП поєднується з позитивними змінами на ЕЕГ у вигляді значного зменшення вираженості епілептиформної активності та зменшення індексу гострих та повільних хвиль.

6. Лікувальна СП впливає на когнітивну дисфункцію, депресивні і тривожні розлади та сприяє нівелюванню або значною мірою зменшенню їх проявів.

Література

1. Архангельский А.Е. Общая психопатология : учебное пособие / А.Е. Архангельский. – Изд. 2-е, доп. – СПб., 2000. – 120 с.

2. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни / В.М. Бехтерев. – СПб., 1903. – 144 с.

3. Бурд Г.С. Эпилепсия у больных ишемической болезнью головного мозга / Г.С. Бурд // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – № 2. – С. 4–8.

4. Вельвовский И.З. Психотерапия в клинической практике / И.З. Вельвовский, Е.М. Багалей, В.И. Сухоруков. – К. : Здоров'я, 1984. – 93 с.

5. Гехт А.Б. Постинсультная эпилепсия / А.Б. Гехт // Инсульт. – 2003. – № 9. – 195 с.

6. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология : 2-е изд., исправ. и доп. / Л.Р. Зенков. – М. : Медицинское информационное агентство. – 2010. – 405 с.

7. Зенков Л.Р. Фармакорезистентные эпилепсии / Л.Р. Зенков, А.Г. Притыко. – М. : Медпресс-информ. – 2003. – 207 с.

8. Карлов В.А. Эпилепсия и ее лечение / В.А. Карлов // Клиническая медицина. – Т. 69. – № 7. – С. 102–107.

9. Кирилловских О.Н. Комплексный подход к лечению эпилепсии у пациентов пожилого и старческого возраста с учетом этиологии, патогенеза и особенностей клинической картины / О.Н. Кирилловских, А.С. Шершевер // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 3(68). – С. 136–140.

10. Малахов Ю.К. Психокоррекция в практике войскового врача : учебное пособие / Ю.К. Малахов, В.Е. Саламатов, В.Е. Снедков. – СПб. : ВМедА, 2000. – 56 с.

11. Овчинников Б.В. Эриксоновский гипноз : лекция для психотерапевтов и клинических психологов / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов. – СПб., 2008. – 16 с.

12. Прохорова Э.С. Эпилептические припадки при нарушениях мозгового кровообращения у больных ишемической болезнью и атеросклерозом / Э.С. Прохорова, Т.С. Гулевская // 7 Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, Москва : Тезисы докл. – М., 1981, Т. 2. – С. 242–246.

13. Саламатов В.Е. Основные направления современной психотерапии: лекция для слушателей факультета подготовки врачей / В.Е. Саламатов, С.В. Перстнев, С.А. Зун. – СПб.: ВМедА, 2006. – С. 18–23.

14. Brodie M. Epilepsy in elderly people / M. Brodie, P. Kwan // BMJ. – 2005. – Vol. 3, № 331 (7528). – P. 1317–1322.

15. Ettinger A.B. Diagnosing and treating Epilepsy in eiderly / A.B. Ettinger // US Neurological disease. – 2007. – Vol. 6. – P. 65–69.

16. Olsen T.S. Post-stroke epilepsy / T.S. Olsen // Gurrent Atherosclerosis Reports. – 2001. – Vol. 3, N 4. – P. 340–344.

Антиконвульсивная суггестивная психотерапия в лечении больных пожилого возраста, страждающих постинсультной эпилепсией

А.В. САЙКО

Военно-медицинский клинический центр Западного региона

Резюме. *Согласно международной классификации эпилепсий, эпилептических синдромов и родственных пароксизмальных состояний, «постинсультная эпилепсия» относится к симптоматической форме с установленной структурой поражения головного мозга. В структуре эпилепсии больных пожилого возраста ведущими типами припадков есть парциальные припадки (простые или сложные, с вторичной генерализацией или без нее). Среди побочных действий антиконвульсантов в пожилой возрастной группе часто встречаются следующие: повышение или уменьшение массы тела, общая седация, желудочно-кишечные осложнения, нарушения памяти и мышления, головокружение, когнитивные расстройства, гипонатриемия, депрессия, гиперхолестеринемия. Осознание получения этих невозвратных осложнений заставило нас разработать методы лечебной антиконвульсивной суггестии с целью прекращения эпилептических припадков с одновременным уменьшением доз классических антиконвульсантов в терапии больных пожилого возраста с постинсультной эпилепсией.*

Исследуемым больным (n=18), кроме, клинико-неврологического исследования, проведены стандартные исследования: психодиагностическое (шкала Mini-Mental State Examination – MMSE, госпитальная шкала тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, шкала депрессии Бэка – Beck Depression Inventory), лабораторные (общий и биохимические анализы крови, коагулограмма), электроэнцефалографическое, нейровизуализационное – компьютерная томография головного мозга.

Для лечения эпилептических припадков, сопутствующих невротических, тревожно-депрессивных и когнитивных расстройств в основной группе больных (n=11), применяли метод суггестивной психотерапии от 8 до 15 сеансов по методике профессора А.Е. Архангельского. Продолжительность сеансов была до 40 минут. Внушение в гипнотическое состояние совершалось методом релаксации (техника М.И. Платонова). Стадию глубины гипнотического сна определяли, руководствуясь классификацией Е.С. Каткова. Содержание сеансов имело индивидуальный характер и не повторялось в последующих внушениях.

В результате проведенного исследования доказано положительное влияние лечебной антиконвульсивной суггестивной психотерапии на когнитивные показатели за шкалой MMSE у больных с постинсультной эпилепсией. Также, на фоне проведенной лечебной суггестивной психотерапии, значительно уменьшились проявления тревоги и депрессии. Клиническая эффективность применения данной методики сочеталась с положительными изменениями на электроэнцефалограм-

ме. В большинстве случаев, в данной категории больных, на протяжении года эпилептических припадков не наблюдалось.

Ключевые слова: *постинсультая эпилепсия, суггестивная психотерапия.*

Anti-convulsive suggestive psychotherapy in the management of elderly patients suffered from post-stroke epilepsy

A.V. SAJKO

Military Medical Clinical Centre of West Region

Summary. *According to the international classification of epilepsy, epileptic syndromes and familial paroxysmal states, «post-stroke epilepsy» refers to the symptomatic form of the established structure of brain lesions. The leading types of seizures in the elderly are partial seizures (simple or complex, with or without secondary generalization). Among the side effects of anticonvulsants in elderly population the most common are as follows: increased or decreased body weight, general sedative effect, gastrointestinal complications, impaired memory and thinking, dizziness, cognitive disorders, hyponatremia, depression, high cholesterol levels. Awareness of these facts prompted us to develop methods for anti-convulsive suggestive therapy that would ensure cessation of seizures and simultaneously lead to reduce the dose of classical anticonvulsants in the treatment of elderly patients with epilepsy after stroke.*

All examined patients (n=18), in addition to clinical and neurological examinations, underwent standard study: psychodiagnostic (Mini-Mental State Examination – MMSE, Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, Beck Depression Inventory), laboratory tests (general, biochemical, blood coagulation), electroencephalography and neurovisualization (computed tomography of the brain).

The suggestive psychotherapy method by prof. A. Arkhangelsky (8 to 15 sessions) was used for the treatment of epilepsy convulsive manifestations, concomitant neurotic, anxiety-depressive and cognitive disorders in patients from the intervention group (n=11). Duration of treatment was 40 minutes. Suggestion to the hypnotic state was achieved by N. Platonov relaxation technique. Stage of hypnotic sleep depth was determined by Ye. Katkov classification. Hypnosis sessions had individual character and did not recur.

The study proved the positive therapeutic effect of anti-convulsive suggestive psychotherapy on cognitive performance according to the MMSE scale in patients with post-stroke epilepsy. Moreover, manifestations of anxiety and depression decreased significantly due to the medical suggestive psychotherapy. Clinical efficacy of this technique was confirmed by positive changes in the electroencephalogram data. Complete remission of attacks during the year was achieved in most cases.

Key words: *post-stroke epilepsy, suggestive therapy.*