

2. Практическая кардионеврология / под ред. З. А. Суслиной, А. В. Фоякина. М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. 304 с.
3. Клиническая эффективность цитофлавина при дисциркуляторной энцефалопатии — хронической ишемии мозга / З. А. Суслина, С. А. Румянцева, А. И. Федин [и др.] // Вестн. Санкт-Петербург. мед. акад. им. И. И. Мечникова. 2005. № 3. С. 7–14.
4. Суслина З. А., Гераскина Л. А., Фоякин А. В. Артериальная гипертензия, сосудистая патология мозга и антигипертензивное лечение. М., 2006. 200 с.
5. Белова Л. А., Машин В. В., Белов В. Г., Гаврилюк О. В. Артерио-венозные взаимоотношения в формировании гипертонической энцефалопатии с позиции системного подхода // Бюллетень сибирской медицины. 2008. № 5. С. 55–61.
6. Гаврилюк О. В., Белова Л. А., Машин В. В., Белова Н. В. Динамика качества жизни и приверженность к антигипертензивной терапии у больных гипертонической энцефалопатией // Palliativnaya medicina i rehabilitacija. 2011. № 1. С. 28–30.
7. Белова Л. А., Машин В. В., Никитин Ю. М., Белов В. Г. Гипертоническая энцефалопатия: клинко-патогенетические подтипы, классификация, диагностика. Ульяновск: УлГУ, 2010. 210 с.
8. Мясоедова Н. А., Тхостова Э. Б., Белоусов Ю. Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. С. 53–57.
9. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Изд. дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. 320 с.
- E. A. Pinkova, L. N. Vinokurov [i dr.] // Med. al'manah. 2011. № 1 (14). S. 195–197.
2. Prakticheskaja kardionevrologija / pod red. Z. A. Suslinoj, A. V. Fonjakina. M.: IMA-PRESS, 2010. 304 s.
3. Klinicheskaja jeffektivnost' citoflavina pri discirkuljatornoj jencefalopatii — hronicheskoj ishemii mozga / Z. A. Suslina, S. A. Rumjanceva, A. I. Fedin [i dr.] // Vestn. Sankt-Peterb. med. akad. im. I. I. Mechnikova. 2005. № 3. S. 7–14.
4. Suslina Z. A., Geraskina L. A., Fonjakin A. V. Arterial'naja gipertonija, sosudi-staja patologija mozga i antigipertenzivnoe lechenie. M., 2006. 200 s.
5. Belova L. A., Mashin V. V., Belov V. G., Gavriljuk O. V. Arterio-venoznye vzaimo-otnoshenija v formirovanii gipertonicheskoj jencefalopatii s pozicii sistemnogo podhoda // Bjulleten' sibirskoj mediciny. 2008. № 5. S. 55–61.
6. Gavriljuk O. V., Belova L. A., Mashin V. V., Belova N. V. Dinamika kachestva zhiz-ni i priverzhennost' k antigipertenzivnoj terapii u bol'nyh gipertonicheskoj jencefalopatij // Palliativnaja medicina i rehabilitacija. 2011. № 1. S. 28–30.
7. Belova L. A., Mashin V. V., Nikitin Ju. M., Belov V. G. Gipertonicheskaja jencefalopatija: kliniko-patogeneticheskie podtipy, klassifikacija, diagnostika. Ul'ja-novsk: UIGU, 2010. 210 s.
8. Mjasoedova N. A., Thostova Je. B., Belousov Ju. B. Ocenka kachestva zhizni pri raz-lichnyh serdechno-sosudistyh zabo-levanijah // Kachestvennaja klinicheskaja praktika. 2002. № 1. S. 53–57.
9. Novik A. A., Ionova T. I. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medi-cine. SPb.: Izd. dom «Neva»; M.: «OLMA-PRESS Zvezdnyj mir», 2002. 320 s.

Translit

1. Faktory riska pri gipertonicheskoj jencefalopatii i vozmozhnye puti ih far-makologichskoj korekcii / V. V. Mashin,

Original'naja stat'ja

УДК 616.831:616.853–052

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В. В. Бурдаков — ГБОУ ВПО Оренбургская ГМА Минздрава России, заведующий кафедрой неврологии, профессор, доктор медицинских наук; **Н. В. Гумалатова** — ММУЗ «Муниципальная городская клиническая больница № 3», неврологическое отделение, невролог.

FEATURES OF NEUROLOGICAL AND NEUROCHANGES IN THE INITIAL STAGES OF ENCEPHALOPATHY IN PATIENTS WITH IDIOPATHIC EPILEPSY

V. V. Burdakov — Orenburg State Medical Academy, Professor, Doctor of Medical Sc.; **N. V. Gumalatova** — Municipal health clinic Municipal Clinical Hospital № 3, neurological department, a neurologist.

Дата поступления — 13.05.2011 г.

Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

Бурдаков В. В., Гумалатова Н. В. Особенности неврологических и нейропсихологических изменений при начальных стадиях энцефалопатии у больных идиопатической эпилепсией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. С. 870–874.

Цель: определить особенности неврологических и когнитивных изменений при идиопатической эпилепсии на основе неврологических и нейропсихологических исследований. **Методы.** Обследовано 105 больных идиопатической эпилепсией в возрасте от 16 до 45 лет. Для выявления особенностей нейропсихологических нарушений все больные были систематизированы по характеру и частоте припадков. **Результаты.** Определены ведущие неврологические и нейропсихологические симптомы и синдромы начальных стадий энцефалопатии у больных идиопатической эпилепсией. **Заключение.** При всех типах припадков идиопатической эпилепсии с увеличением частоты припадков нарастает частота и степень неврологических расстройств, которые более выражены при судорожных припадках.

Ключевые слова: эпилепсия, неврологическая и когнитивная симптоматика, энцефалопатия.

Burdakov V. V. Gumalatova N. V. Features of neurological and neuropsychological changes in the initial stages of encephalopathy in patients with idiopathic epilepsy // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 4. P. 870–874.

Aim. The study was undertaken to identify the features of neurological and cognitive changes in idiopathic epilepsy based on neurological and neuropsychological research. **Methods.** A total of 105 patients with idiopathic epilepsy at the age of 16 to 45 years. In order to identify features neuropsychological disturbances, all patients were systematized by the nature and frequency of seizures. **Results.** As a result of the work identified major the nature neurological and neuropsychological symptoms and syndromes of primary stages of encephalopathy in patients with idiopathic epilepsy.

Key words: epilepsy, neurological and cognitive symptoms, encephalopathy.

Введение. Эпилепсия на протяжении многих десятилетий остается одной из актуальных проблем неврологии, приобретает все большую медико-социальную значимость [1]. Одной из часто встречающихся форм заболевания молодого трудоспособного возраста является идиопатическая эпилепсия. Прогрессирующее течение эпилепсии, увеличение частоты и тяжести припадков неблагоприятно влияет на головной мозг и в конечном итоге характеризуется нейропсихологическими, интеллектуально-мнестическими расстройствами, определяющими степень социальной дезадаптации и инвалидизации больных [2]. Вместе с тем неврологические и нейропсихологические расстройства у больных с идиопатической эпилепсией (ИЭ) изучены недостаточно. Практически нет работ, посвященных изучению особенностей неврологических и нейропсихологических расстройств в диагностике начальных стадий энцефалопатии у больных ИЭ в зависимости от типа и частоты припадков [3].

Цель исследования: определить особенности неврологических и когнитивных нарушений на начальных стадиях энцефалопатии у больных идиопатической эпилепсией в зависимости от типа и частоты припадков.

Методы. Обследовано 105 больных идиопатической эпилепсией в возрасте от 16 до 45 лет, из них мужчин — 60 (57,1%), женщин — 45 (42,9%). При постановке диагноза эпилепсии использовалась Международная классификация эпилепсии и эпилептических синдромов (ILAE, 1998). В исследование не включали больных с эндокринопатиями, сердечной и легочной недостаточностью, страдающих хроническими заболеваниями печени, почек, сопровождающимися нарушением функций этих органов, а также больных, работа которых связана с токсическими факторами.

В зависимости от типа приступов все больные были распределены на группы: с генерализованными судорожными припадками (ГС) 58 (55,3%) больных; с фокальными и вторично генерализованными припадками (ФВГ) 25 (23,8%) больных; с генерализованными бессудорожными припадками (БС) 20 (19,1%) больных. У 2 (1,8%) больных отмечались парциальные и миоклонические припадки. По частоте приступов выделены группы больных до 50 припадков — 41 (39%) больной, от 51 до 150 припадков — 21 (20%) больной, более 150 припадков — 43 (41%) больных. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых мужчин аналогичного возраста, не страдающих эпилепсией.

При объективном неврологическом осмотре анализировались жалобы больных и были выделены следующие неврологические синдромы: центрального краниального дефицита (КН), двигательного дефицита (ДД), нарушений координации движений (НКД), нарушений высшей нервной деятельности (НВД).

В комплексе методов исследования когнитивных функций изучались: мнестико-интеллектуальные функции с помощью мини-теста оценки психического статуса (Mini-mental state examination — MMSE) [4]; симптомы лобной дисфункции по шкале лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery — FAB) [5]; зрительно-пространственные нарушения и мышление по тесту рисования часов; внимание, скорость и точность движений по символно-числовому тесту;

исследование памяти по тесту «5 слов»; праксис, внимание и подвижность нервных процессов по тесту цифровой последовательности. Для выявления легких (ЛКН) и умеренных когнитивных нарушений (УКН) использовались критерии R. Petersen et al. [6] и О. С. Левина [7].

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием общепринятых приемов вариационной статистики с определением значений средней величины параметров, стандартных отклонений, доверительного интервала и величины значимости различий с применением критериев Стьюдента — Фишера. В работе использовался пакет статистических программ Microsoft Office 2003 и Statistica for Windows 8,0 Statsoft.

Результаты. При обследовании больные с ИЭ предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, снижение памяти, общую слабость, раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности, трудности в усвоении новой информации, обучении. При ГС припадках, кроме жалоб на головные боли и снижение памяти, больных чаще беспокоили быстрая утомляемость и раздражительность; с ФВГ припадками — дополнительно головокружение; с БС припадками — нарушение сна. Больные, имевшие до 50 припадков, чаще предъявляли жалобы на головные боли в сочетании со снижением памяти и головокружением; у больных до 150 припадков присоединялись астенические жалобы, более 150 припадков — нарушение сна.

При исследовании неврологической симптоматики установлено, что слабость конвергенции, центральный парез лицевого нерва, пирамидный и координаторный дефицит встречались при всех типах приступов, но сочетания ведущих неврологических синдромов были различными. Так, при ГС припадках синдром центрального краниального дефицита сочетался с двигательным и координаторным дефицитом в 33 (56,9%) и 5 (8,6%) случаях соответственно; при ФВГ припадках в 8 (32%) и 8 (32%) случаях; при БС припадках в 1 (5%) и 4 (20%) случаях. При частоте припадков до 50 центральный краниальный дефицит сочетался только с легкими координаторными нарушениями (8–19,5% больных), от 51 до 150 припадков — с координаторным и двигательным дефицитами (4–19 и 6–28,5% больных соответственно), более 150 припадков — с координаторным и двигательным дефицитами в большей мере (18–41,9 и 19–44% больных соответственно). По мере увеличения частоты припадков увеличивалось число больных с координаторно-двигательными расстройствами, а к симптомам центрального краниального дефицита (слабость конвергенции, центральный парез лицевого нерва) присоединялись глазодвигательные нарушения в виде легкого ограничения зрения в обе стороны, отдельных нистагмических осцилляций и чаще выявлялся горизонтальный нистагм.

Анализ результатов нейропсихологического тестирования у больных ИЭ по сравнению с группой контроля показал достоверно худшие значения тестов при ФВГ и БС припадках, а также при увеличении числа припадков более 150 (табл. 1, 2).

При исследовании когнитивной сферы у 41 (39%) больного ИЭ не выявлено отклонений от нормы, у 64 (61%) больных диагностированы когнитивные нарушения, из них ЛКН выявлены у 25 (39%) больных, УКН — у 39 (61%). Когнитивные нарушения чаще встречались у больных с ФВГ и БС приступами — 18 (72%) и 14 (70%) соответственно, а у больных с ГС

Таблица 1

Результаты нейропсихологического тестирования у больных идиопатической эпилепсией в зависимости от типа припадков

Параметр	Контроль	ГС	ФВГ	БС
MMSE	29,8±0,23	26,9±2,92	6,6±0,58*	24,9±0,78*
FAB	18,0±0,22	15,1±2,63	14,7±0,5 *	13,7±0,69*
Тест рисования часов	9,5±0,5	8,0±1,67	8±0,35 *	7,35±0,46*
Тест связи чисел	38,6±0,9	54,8±2,8*	58,8±5,67*	54,0±6,06*
Тест «5 слов»	10,0±0,4	9,0±1,4	9,0±0,24*	8,55±0,34*
Символьно-числовой тест	47,6±0,7	40,1±2,7*	36,9±2,35*	34,4±2,42*
Тест вербальных ассоциаций	15,6±0,6	13,6±3,4	12,8±0,59*	12,3±0,8°

Примечание: * — достоверность различий $p < 0,05$ между контролем и разными типами припадков; ° — достоверность различий между ГС и БС припадками.

Таблица 2

Результаты нейропсихологического тестирования у больных идиопатической эпилепсией в зависимости от частоты припадков

Параметр	Контроль	до 50 припадков	до 150 припадков	более 150 припадков
MMSE	29,8±0,23	26,7±1,54	26,2±0,53	24,7±0,47*
FAB	18,0±0,22	16,8±1,38	14,3±0,48	12,9±0,38*
Тест рисования часов	9,5±0,5	9,0±1,32	7,5±0,31	7,0±0,27
Тест связи чисел	38,6±0,9	41,8±15,5	57,2±2,28	70,96±5,01*
Тест «5 слов»	10,0±0,4	9,2±0,99	9,0±0,26	8,3±0,21*
Символьно-числовой тест	47,6±0,7	46,0±10,1*	39,2±2,28	31,6±1,59*
Тест вербальных ассоциаций	15,6±0,6	15,4±3,52	13,5±0,65	11,0±0,38*

Примечание: * — достоверность различий $p < 0,05$ между контролем и различной частотой припадков.

выявлялись реже — 32 (55,2%). При анализе когнитивных нарушений в зависимости от увеличения частоты припадков установлено, что до 50 припадков когнитивные нарушения обнаружены у 12 (29,3%) больных, до 150 у 15 (71,4%), более 150 припадков у 37 (86%) больных. По степени выраженности ЛКН диагностированы при ФВГ и ГС припадках у 8 (44,4%) и 13 (40,6%) соответственно, а при БС — у 4 (28,6%) больных; УКН чаще выявлялись при БС припадках — у 10 (71,4%), чем ГС — 19 (59,4%) и ФВГ припадках — у 10 (55,6%). По мере увеличения частоты припадков ЛКН встречались реже, до 50 припадков ЛКН установлены у 10 (83,3%) больных, до 150 — у 8 (53,3%), свыше 150 — у 7 (18,9%) больных, УКН — чаще, у 2 (16,7%), 7 (46,7%), 30 (81,1%) больных соответственно.

При изучении особенностей когнитивных нарушений у больных ИЭ установлено, что функции внимания, праксиса, памяти страдали у всех больных, имевших ФВГ припадки. При ГС припадках нарушение внимания выявлено у всех больных, праксиса — у 30 (93,8%) больных, памяти — у 26 (81,2%) больных. При БС припадках эти функции нарушались реже: 12 (85,7%), 12 (85,7%) и 12 (85,7%) соответственно. Функция беглости речи страдала у подавляющего числа больных с ФВГ припадками, у 17 (94,4%) больных, БС — у 12 (85,7%) и ГС припадками — у 27 (84,4%) больных. Функция мышления чаще нарушалась при ФВГ приступах (10–5,6% больных), реже при ГС (13–40,6% больных) и БС припадках (5–35,7% больных). Нарушение гнозиса выявлено в единичных случаях, при ФВГ припадках у 6 (33,3%) больных, ГС — у 8 (25%) и БС приступах у 2 (14,3%) больных.

Изучение сочетания нарушенных когнитивных функций у больных ИЭ показало, что 2–3 когнитивные функции чаще нарушались у больных с ГС припадками (9–28,1% больных), чем при БС (2–14,3% больных) и ФВГ (1–5,6% больных) припадках; 4 функции у больных с БС припадками (7–50% больных) и в меньшей степени при ГС (9–28,1% больных) и ФВГ припадках (5–27,8% больных); а 5–6 функций — чаще у больных с ФВГ припадками (12–66,6% больных), меньше с ГС — (14–43,8%) и БС припадками — у (5–35,7%). Независимо от частоты припадков у всех больных страдала функция внимания; до 50 припадков чаще выявляли нарушение праксиса и памяти; более 150 припадков — снижение речевой активности, мышления и гнозиса у 35 (94,6%), 21 (56,7%) и 15 (40,5%) больных соответственно.

При исследовании структуры когнитивных нарушений в зависимости от типа припадков выяснилось, что мультифункциональный тип нарушений преобладает при всех типах припадков: ФВГ — 17 (94,4%) больных, БС — 13 (92,9%), ГС — 26 (81,3%). На долю дисрегуляторного типа когнитивных нарушений приходится 6 (18,7%) больных с ГС припадками, 1 (7,1%) с БС и 1 (5,6%) с ФВГ припадками. До 50 припадков мультифункциональный тип припадков определен у 10 (83,3%) больных, до 150 припадков — у 13 (86,7%), свыше 150 припадков у 33 (89,2%); дисрегуляторный тип нарушений — у 2 (16,7%), 2 (13,3%) и 4 (10,8%) соответственно.

Сопоставление жалоб, неврологической симптоматики и когнитивных нарушений у больных ИЭ позволило выделить группы больных с начальными стадиями энцефалопатии (ЭП). Так, у больных с ГС припадками чаще встречались ЭП 1-й стадии — 22

(41,5%) больных, латентная энцефалопатия (ЛЭП) и ЭП 2-й стадии у 15 (28,3%) и 16 (30,2%) больных; при ФВГ припадках также чаще встречались ЭП 1-й стадии — у 12 (54,6%) больных, чем ЛЭП и ЭП 2-й стадии — по 5 (22,7%) больных; у больных с БС приступами доминировала ЛЭП — у 8 (57,2%), ЭП 1 и ЭП 2-й стадии встречались в равной мере по 3 (21,4%) больных (рис. 1). До 50 припадков чаще диагностировалась ЭП 1-й стадии и ЛЭП — у 17 (41,5%) и 13 (31,7%) больных соответственно, ЭП 2-й стадии встречалась крайне редко — у 2 (4,9%); до 150 припадков также чаще встречалась ЭП 1-й стадии у 8 (38,1%), ЛЭП и ЭП 2-й стадии в меньшей степени — по 6 (28,6%) больных; более 150 припадков доминировала ЭП 2-й стадии — у 16 (37,2%), реже встречалась ЭП 1-й стадии у 12 (27,9%) и ЛЭП 10 (23,3%) больных (рис. 2).

Обсуждение. Анализ субъективной симптоматики у больных ИЭ не выявил ее отличий в зависимости от типа припадков. По мере увеличения частоты припадков росло число жалоб на головную боль, головокружение, зыбкость почвы под ногами, раздражительность, снижение настроения, памяти, расстройства сна.

У больных с ГС и ФВГ припадками в неврологическом статусе часто выявляли слабость конвергенции, горизонтальный нистагм, центральный парез лицевого нерва, гиперрефлексию, легкие пирамидные симптомы. У больных с БС приступами в основном доминировала рассеянная микросимптоматика в виде слабо выраженного центрального краниального дефицита, в отдельных случаях сочетавшегося с координаторными и двигательными расстройствами. По мере увеличения частоты припадков нарастала частота и степень выраженности неврологической симптоматики.

Схожие результаты получены рядом авторов, отметивших частую выявляемость когнитивных и интеллектуально-мнестических расстройств у больных эпилепсией [1, 8]. При ИЭ таких данных нами не обнаружено.

При изучении структуры когнитивных нарушений у больных ИЭ установлено разнообразие сочетаний нарушений высших корковых функций: внимания, памяти, праксиса, беглости речи, чаще встречавшихся у больных с ФВГ и БС припадками. Отличием нарушений когнитивных функций при ФВГ припадках являлось более частое нарушение гнозиса и мышления, а БС припадках — внимания. Число сочетаний нарушенных когнитивных функций у больных с ГС припадками было наименьшим.

Независимо от типа припадков при ИЭ преобладал мультифункциональный тип когнитивных нарушений, на долю которого приходилось 56 (87,5%) случаев, в то время как на долю дисрегуляторного типа только 8 (2,5%) случаев. При этом дисрегуляторный тип нарушений чаще встречался у больных с ГС припадками, доля которого увеличивалась параллельно с увеличением частоты припадков. К тому же при увеличении частоты припадков увеличивалось и число больных, имевших УКН. Выявленные когнитивные изменения у больных ИЭ, по-видимому, обусловлены разобщением связей между различными корковыми и подкорковыми структурами головного мозга. В ряде случаев подкорковая энцефалопатия переходит в корково-подкорковую, при которой нарушается восприятие и зрительно-пространственное ориентирование, развиваются более выраженные когнитивные нарушения.

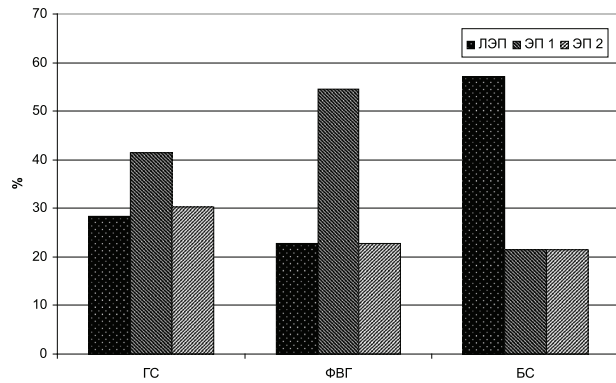


Рис. 1. Стадии энцефалопатии при разных типах идиопатической эпилепсии

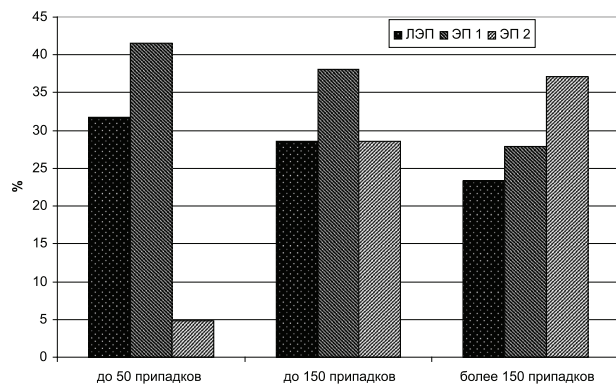


Рис. 2. Стадии энцефалопатии при разной частоте припадков идиопатической эпилепсии

Установлено, что у некоторых больных ИЭ даже при небольшом количестве припадков страдает внимание и мелкая моторика, при увеличении припадков до 150 увеличивается степень когнитивного дефицита за счет нарушений речевой активности и памяти, а у больных, имеющих более 150 припадков, — нарушения концентрации внимания, праксиса, речевой активности и памяти. У этих больных отмечается замедленность мышления, трудность сосредоточения, нарушение произвольного внимания и переключения с одной задачи на другую, отмечается повышенная отвлекаемость и снижение аналитических способностей.

Исследования показали, что различного типа припадки по-разному сочетаются с клинико-неврологической симптоматикой и когнитивными нарушениями. Так, у больных с ГС и ФВГ припадками неврологические расстройства и когнитивные нарушения в большинстве случаев соответствовали критериям энцефалопатии 1-й и 2-й стадии, а у больных с БС припадками — латентной и 1-й стадии энцефалопатии. У большинства больных ИЭ выявлена сопряженность увеличения выраженности когнитивной и неврологической симптоматики. Вместе с тем у части больных ИЭ отмечено различное соотношение степени неврологических и когнитивных нарушений, когда у ряда больных умеренный когнитивный дефицит сочетался с незначительной неврологической симптоматикой, а у других — легкие когнитивные нарушения сочетались выраженным неврологическим дефицитом. По-видимому, диссоциация неврологических и когнитивных расстройств у больных ИЭ связана с влиянием патогенетических механизмов типов припадков на разные структуры головного мозга, о чем свидетель-

ствует выявленная нами различная топическая приуроченность когнитивных нарушений при ИЭ.

Заключение. У 2 / 3 больных идиопатической эпилепсией диагностированы когнитивные нарушения. С увеличением частоты припадков растет число больных, имеющих умеренные когнитивные нарушения, чаще диагностируемые при бессудорожных припадках. При этом мультифункциональный тип когнитивных нарушений существенно доминирует над дисрегуляторным типом когнитивных расстройств.

При всех типах припадков больные ИЭ имеют признаки начальных стадий энцефалопатии. При генерализованных и фокальных, с вторичной генерализацией, судорожных припадках в структуре энцефалопатии доминирует неврологическая симптоматика, а при бессудорожных припадках — нарушения когнитивных функций.

Ранними признаками начальных стадий энцефалопатии при идиопатической эпилепсии может служить неврозоподобная симптоматика в сочетании с центральной краниальной нейропатией, пирамидным и координаторным дефицитами, когнитивными нарушениями чаще в виде сочетания нарушенных функций внимания, памяти, праксиса и беглости речи.

Библиографический список

1. Карлов В. А. Эпилептическая энцефалопатия // Журнал неврологии и психиатрии. 2006. № 2. С. 2–3.
2. Калинин В. В., Железнова Е. В., Земляная А. А. Когнитивные нарушения при эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. 2006. № 6. С. 64–70.
3. Калинин В. В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. № 104 (2). С. 64–73.

4. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P. P. «Mini-mental state»: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiat. Res. 1975. № 12. P. 189–198.

5. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Нарушения памяти. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 160 с.

6. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment / R. C. Petersen, R. G. Thomas, M. Grudman [et al.] // NEJM. 2005. № 352. P. 2379–2388.

7. Левин О. С., Голубева Л. В. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностические и терапевтические аспекты // Неврология. 2006. Т. 8. № 2. С. 2–8.

8. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической практике // Неврологический журнал. 2006. Прил. № 1. С. 4–12.

Translit

1. Karlov V.A. Jepilepticheskaja jencefalopatija // Zhurnal neurologii i psihiatrii. 2006. № 2. S. 2–3.

2. Kalinin V. V., Zheleznova E. V., Zemljanaja A. A. Kognitivnye narusheniya pri jepilepsii // Zhurnal neurologii i psihiatrii. 2006. № 6. S. 64–70.

3. Kalinin V. V. Izmeneniya lichnosti i mnestiko-intellektual'nyj defekt u bol'nyh jepilepsiej // Zhurnal neurologii i psihiatrii. 2004. № 104 (2). S. 64–73.

4. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P. P. «Mini-mental state»: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiat. Res. 1975. № 12. R. 189–198.

5. Zaharov V.V., Jahno N.N. Narusheniya pamjati. M.: GJeOTAR-MED, 2003. 160 s.

6. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment / R. C. Petersen, R. G. Thomas, M. Grudman [et al.] // NEJM. 2005. R. 2379–2388.

7. Levin O. S., Golubeva L. V. Geterogenost' umerennogo kognitivnogo rasstrojstva: diagnosticheskie i terapevticheskie aspekty // Nevrologija. 2006. T. 8. № 2. S. 2–8.

8. Jahno N.N. Kognitivnye rasstrojstva v nevrologicheskij praktike // Nevrologicheskij zhurnal. 2006. Pril. № 1. S. 4–12.

УДК 616.58: 616.83

Оригинальная статья

СОСТОЯНИЕ ПОСТУРАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОМЕТРИИ

Н. А. Третьякова — Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, соискатель кафедры неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравоохранения России; **И. Е. Повереннова** — ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравоохранения России, заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии, лауреат Государственной премии РФ, профессор, доктор медицинских наук.

COMPUTER STABILOMETER DATA ON STATE OF POSTURAL FUNCTIONS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

N. A. Tretjakova — Samara Regional Clinical Hospital for War Veterans, Samara State Medical University, Department of Neurology and Neurosurgery; **I. E. Poverennova** — Samara State Medical University, Head of Department of Neurology and Neurosurgery, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 15.06.2011 г.

Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

Третьякова Н. А., Повереннова И. Е. Состояние постуральных функций при болезни Паркинсона по данным компьютерной стабиллометрии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. С. 874–879.

Постуральные нарушения являются одними из наиболее инвалидизирующих клинических симптомов болезни Паркинсона. **Цель:** изучение особенностей постурального контроля при разных клинических формах болезни Паркинсона с помощью компьютерной стабиллометрии. **Материалы и методы.** Клинико-нейрофизиологический анализ проведен у 148 пациентов с болезнью Паркинсона, которые были разделены на группы с акинетико-ригидной, ригидно-дрожательной и дрожательно-ригидной формами заболевания. Всем больным производилось статическое стабиллометрическое исследование с помощью лечебно-диагностического комплекса «МБН — Биомеханика» (НМФ МБН, Москва). **Результаты** исследования свидетельствуют о значительном снижении компенсаторных возможностей поддержания равновесия и основной стойки при болезни Паркинсона вне зависимости от клинической формы заболевания. Отмечается увеличение ряда значений показателей стабиллограмм: площади и длины статокинезиограмм, скорости перемещения центра давления. Выявлено, что тремор покоя оказывает значительное влияние на увеличение значений таких показателей, как длина статокинезиограммы, скорость перемещения центра давления и уровень 60% мощности спектра по сагиттальной плоскости. Выявлена диссоциация между клинической выраженностью постуральной неустойчивости и стабиллометрическими показателями, отражающими состояние вертикального баланса тела. Показана важность проведения дифференцированного подхода при проведении стабиллометрического анализа у пациентов с разными формами болезни Паркинсона. **Заключение.** Компьютерная стабиллометрия позволяет объективизировать нарушения постуральных функций и оценивать их состояние в динамике.