

шении мозгового кровообращения в г. Ставрополе. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 4 (36). С. 372-374.

8. Ido R. van den Wijngaard, Jelis Boiten, Ghislaine Holswilder, Ale Algra, Diederik W.J. Dippel, Birgitta K. Velthuis, Marieke J.H. Wermer and Marianne A.A. van Walderveen. Impact of Collateral Status Evaluated by Dynamic Computed Tomographic Angiography on Clinical Outcome in Patients With Ischemic Stroke. Stroke. 2015;46:3398-3404; originally published online November 5, 2015; doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010354. (<http://stroke.ahajournals.org/>)

ДЖЕКсоновская ЭПИЛЕПСИЯ КАК ВТОРИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОГО АБСЦЕССА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Демирчян И.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, lady.demirchyan@mail.ru

Джексоновская эпилепсия - форма эпилепсии, характеризующаяся фокальными (парциальными) судорожными приступами, которые стереотипно начинаются с мышц какой-либо части тела на одной стороне. Приступ возникает в результате раздражения ограниченной зоны головного мозга различными факторами (световые вспышки, громкие звуки, стресс и т. д.).

Актуальность. Эпилепсия встречается в 10 раз чаще, чем любое другое неврологическое заболевание. В общем, эпилепсия наблюдается у 3-5 на 1000 человек. Могут страдать люди любого возраста, от младенцев до стариков. На сегодняшний день, статистика заболеваемости джексоновской эпилепсии, по литературным данным, не установлена. Причиной джексоновской эпилепсии может быть: ЧМТ, менингоэнцефалиты, сосудистые аномалии мозга, опухоли и т.д. В данном клиническом случае причиной джексоновской эпилепсии является внутримозговой абсцесс.

Цель исследования: провести анализ джексоновской эпилепсии как вторичного проявления внутримозгового абсцесса (разбор клинического случая).

Материалы: истории болезни больного N, 60 лет; данные амбулаторных исследований с 2006 по 2015 года.

Методы исследований. Для полной картины анализа джексоновской эпилепсии было проведено: КТ, МРТ, ультразвуковая доплерография (УЗДГ), суточный мониторинг по результатам ЭЭГ и АД, биохимический анализ крови (контроль концентрации вальпроатов), анализ дневника учета приступов. Анализ истории и катамнез больного проводились в течении 3-х лет.

Результаты: из анамнеза больного 21.12.2006г. впервые возник генерализованный судорожный приступ. На МРТ было выявлено объемное образование левой теменной доли. 27.12.2006г проведена операция – удаление объемного образования левой теменной доли. Первоначально гистологический диагноз: астроцитомы, затем Мts с распадом и нагноением (?). Был проведен курс химиотерапии (март 2007г) и лучевой терапии (апрель 2007г). 12.04.2007г. – операция по удалению остеомиелитного измененного костного лоскута. Со слов больного после лучевой терапии начались фокальные судорожные приступы. Был назначен депакин 1000мг/сутки и бензонал 300мг/сутки. Приступов не было в течение года, но больной отмечал выраженную седацию. В результате чего бензонал заменили на фенлпсин 800мг/сутки. Приступы возобновились с частотой 1 раз в месяц. Далее терапия отменена, введен ламиктал 400мг/сутки, приступов не наблюдалось в течение 3-х месяцев, однако появился тремор в конечностях, по этой причине назначена кеппра 2000мг/сутки. Приступы возобновились. 24.10.2013 года проведена краниопластика титано-

вой сеткой. С октября 2014 года замена ламиктала на бензонал 150мг/сутки. Приступы не наблюдались 4 месяца. 5.04.2014г. развился вторично-генерализованный судорожный приступ, после которого был госпитализирован в больницу (реанимационное отделение). Была проведена коррекция антиконвульсантов: отмена кеппры, назначен депакин 1000мг/сутки и ламиктал 200мг/сутки. В настоящее время принимает депакин хроно 1000мг/сутки и кеппра 250мг/сутки. Содержание вальпроевой кислоты (Депакин) в сыворотке крови составляет 90,3мкг/мл (лекарственный мониторинг). Приступы с частотой 2 раза в месяц. На контрольных КТ на фоне послеоперационных изменений остаточная ткань опухоли, накапливающая контрастное вещество. На ЭЭГ легкая дезорганизация ритмов наиболее в левой височно-теменной области с выраженной асимметрией, наличие неспецифических полиморфных феноменов в основном острых волн, но не большой амплитуды. Специфической эпилептической активности и эпи-приступов не зарегистрировано. В статусе умеренные когнитивные, речевые нарушения, астеническая симптоматика, правосторонний гемипарез (около 3,5 баллов). Симптоматическая эпилепсия в виде вторично-генерализованных и фокальных судорожных и сенсорных приступов.

Вывод: в данном клиническом случае главной причиной джексоновской эпилепсии явилось образование послеоперационного соединительно-тканного рубца, в результате чего сформировался эпилептический фокус, следствием которого стали частые парциальные судорожные приступы.

Список литературы

1. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2012, №1, С. 45-46.
2. Вышлова И.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Стародубцев А.И. Последствия легкой черепно-мозговой травмы. Международный журнал экспериментального образования. 2014, № 5-1. С. 27-31.
3. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2012, № 1, С. 45-46.
4. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: учебник в 2-х томах, том 1, 2-е изд. испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 466-476.
5. Неврология: учебник / А.С. Никифоров. Ростов н/Д: Феникс, 2014. 466 с., с. 379-389.

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Долгова И.Н., Копенко Т.А., Матевосян М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, mlushka_95@mail.ru

Согласно проведенным исследованиям установлено, что ежегодно от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) умирают около 5 млн. человек. Самый низкий уровень смертности зарегистрирован в Швейцарии. Показатели смертности от ЦВЗ в России одни из самых высоких в мире и, в отличие от большинства экономически развитых стран, они не только не снижаются, но и имеют тенденцию к увеличению. Количество зарегистрированных острых нарушений мозгового кровообращения за год в нашей стране составляют около 400 тыс., причём лишь в 8-10% случаях отмечается восстановление состояния здоровья пациентов. Точных данных о числе больных с хроническими нарушениями мозгового кровообращения в России нет, однако заболеваемость превышает 700 на 1000000 населения.

Цель исследования. Выявить наиболее часто встречающиеся факторы риска цереброваскулярных заболеваний в зависимости от пола.

Материалы и методы. Был использован метод научно-статистического анализа истории болезни пациентов, получавших стационарное лечение по пово-