



ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ ЭПИЛЕПСИЯ МУАММОСИНИ ЗАМОНАВИЙ КУРИНИШИ.

Д. Т. Абдукадирова

Андижон Давлат тиббиёт институти Неврология кафедраси доц.,

Ш. М. Маматов

Калит суз: *инсультдан кейинги эпилепсия, хавф омиллари, эпилепсияга карши профилактик ва даво чоралари.*

Сўнгги йилларда барча ривожланган давлатларда кекса ёшдаги инсонлар орасида эпилепсияни (кечки дебютли эпилепсия) ўсиши кузатилмоқда. Аниқланишича кекса ёшдаги беморларда эпилепсия касаллиги билан бирламчи хасталаниши болалар ва ёш инсонларга нисбатан 2,5-3 марта юқори бўлади (1).

Кекса ёшли беморларда церебрал ва соматик паталогиялар мавжудлиги хисобига, бошқа ёшдаги инсонларга нисбатан, эпилептик тутқаноққа чалинишга хатар омиллари бир неча баробар ортик булади. Кечки дебютли эпилепсияни келтириб чиқарувчи куп микдордаги омиллар орасида цереброваскуляр касалликлар 40%ни ташкил қилади. Шунини хисобга олган холда биринчи маротаба эпилепсия хуружини бошидан кечирган барча кекса ёшли беморларда аввало қон томир касалликларига олиб келувчи омиллар скрининги утказилиши лозим ва уш бу холатларни таъсирини пасайтириш мақсадида терапия танлаш тавсия этилади (2). Иккинчи уринда кечки дебютли эпилепсияга олиб келувчи, мухим идентификацияловчи сабабларидан деменция хисобланади, ва уш бу сабаб 11%дан 16%гача холатларда эпилепсияни келтириб чиқаради (2).

Кексаларда кечки дебютли эпилепсияга олиб келувчи сабабларни учинчиси нейрохирургик паталогиялар хисобланади, буларга бош мия ўсмалари (4%), бош мия травмалари (1-3%) қиради. Бир катор муаллифларнинг таъкидлашига кўра кечки дебютли эпилепсияни асосий сабабларидан бири бош мия ўсмалари, гематомалари, ички қон қуйилиш холатларини олдини олишдаги нейрохирургик жараёнлар хисобланади (2).

С. Kellinghaus (2004) таъкидлашига кўра кечки дебютли эпилепсия диагностикасига кийинлик тугигдирувчи сабабларга қуйидагилар қиради: факал компонентлар (аура), автоматизмлар, атипик абсанслар, бир тарафлама фалажлардан сунги ривожланувчи Тодд параличлари. Амалиёт шифокорлари уш бу холатларни ноэпилептик генезли холат шаклида баҳо бериши мумкин, масалан психомотор кузгалиш, пустлок ва яримшарлар инфаркти сифатида (9).

Бошқа тарафдан А. Zaidi et al. (2000) кўрсатганки кардиоваскуляр касалликлар эпилепсияни эслатувчи холатларни мимикрация қилиши мумкин. Бундай пароксизмлар кузатилганда шифокорлар тарафидан антиконвульсант



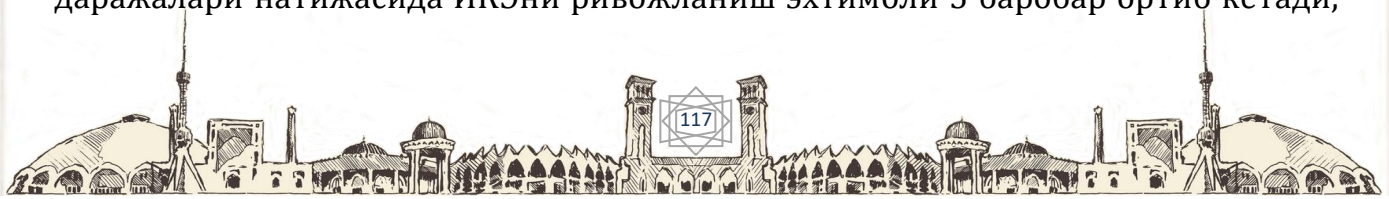


тавсия килинади ва уш бу препаратларни таъсири кузатилмаслиги сабабли антиэпилептик даво фонида беморларда фармакорезистентлик мавжудлиги хакида хато мулохозаларга келадилар. Эпилептик хуружни эслатувчи (ухшаш) кон-томир ганезли холатларда муалифлар куйида курсатилган симптомларни кузатганлар: брадикардия, гипотензия, контомир синкопал холатлари, вена ичига килинган инъекция пайтидаги реакциялар, уйку артериясини пальпацияси вақтида юрак ритмидаги блокадалар ва каротид синусдаги қўзғалишлар (8). Шунинг учун кекса ёшдаги беморларда биринчи маротаба инсультдан сунг ривожланган эпилепсиясини (ИКЭ) диагностикасида комплекс кардиологик текширувлар ўтказиш тафсия этилади. Шу каторда кекса ёшли беморларда хуруждан сунги эпилепсиядан кейин онг тиклаши ёшларга ва кичик ёшдаги беморларга нисбатан узоқроқ давом этади. Диагностикани кийинлаштирувчи сабаблардан яна бири бу хуружлар орасидаги интериктал ЭЭГ интерпритациясини қийинлиги билан боғлиқ. Бугунги кунда бутун дунёда ва шу каторда Ўзбекистонда мавжуд булган дермографик муаммолар ва ахолии орасида кекса ёшдаги инсонларни купаиши мухим ахамиятга эгадир. Шу сабабдан кечки дебюдли эпилепсия муоммоси кўпгина ривожланган ва ривожланаётган давлатларда долзарб масалалар каторига киради (1).

Кечки дебютли эпилепсия холатларини 30-40%да 60 ёшдан юқори булган инсонларда утказилган инсульт билан ассоциациялашади (26).

Хозирги кунда дунёни кўплаб давлатларида. G. Barolin, E. Scherzer (1962). таснифи кулланилади. Бу тасниф асосида церебро-васкуляр паталогияларда кузатиладигон эпилепсия хуружларини инсульт ривожланишига боғлиқ холда ўрганишни талаб этилади. Цереброваскуляр касаллик (ЦВК) билан хасталанган беморларда хабарчи-хуружлар (heralding) инсультдан олдин ривожланади ва утиб кетувчи бош мияда кон айланишини бузилишини (УБМКАБ) белгилари сифатида ёки кескин намоён булмаган неврологик дефицитсиз кечувчи «соков» инсульт белгилари каторида намоён булади, ва ретроспектив КТ натижаларида тасдикланади. Эрта пайдо бўлувчи эпилептик хуружлар (early) инсульт ривожланишини биринчи 7 суткада намоён булади. Кечки эпилепсия (late), ёки ИКЭ эса инсульт ривожлангандан кейин 7 суткадан сўнг намоён булади (19).

Норвегияда ўтказилган татқиқотлар шуни кўрсатадики утказилган оғир даражали инсульт холатлари эпилепсия (ИКЭ) хосил булишига статик эътиборли предиктор (хатар омили) булиб хизмат килади. Бугунги кунда Америка популяцияси мисолида аниқланганки америкаликлар орасида хар куни 20 мингдан ортик эпилепсияни янги холатлари ривожланмокда, бу кўрсаткич ва маълумотлар 2005 йил «Epilepsia» журналида чоп этилди. 500 дан ортик беморларда утказилган проспектив узок муддатли текширув натижасида аниқландики ИКЭ таркалиши ўрта оғир инсульт утказган беморлар орасида 3,5%ни ташкил килди. Уш бу изланиш натижалари курсатдики нсультни оғир даражалари натижасида ИКЭни ривожланиш эхтимоли 5 баробар ортиб кетади,





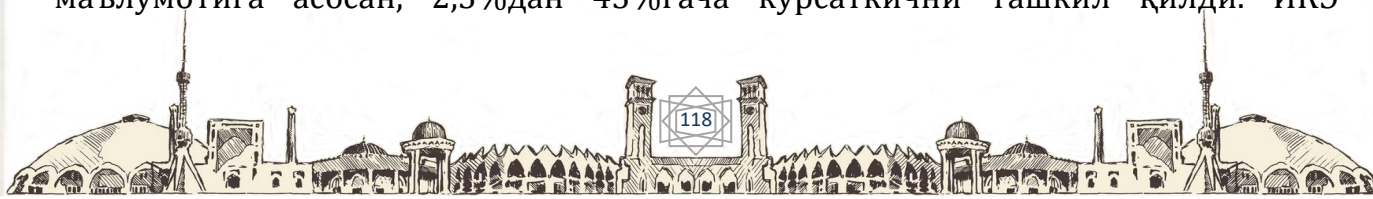
урта огир даражали инсультларга нисбатан. Аммо куйида курсатилган курсаткичлар статистик эътиборга арзийдигон даражада эпилепсияни ривожланишига таъсир этмайди: махсус инсульт блокларида даволаниш, бирламчи инсультни дебют ёши, географик хусусиятлар. Шу каторда аниқландики, инсультни уткир боскичида тромболизис муолажасини утказиш ва замонавий нейропротектив препаратлар куллаш натижасида ИКЭ профилактикаси катта хисса кушаши мумкин. Шу сабабли жуда кўп давлатларда инсультни уткир даврида утказилган давони ИКЭни ривожланишига таъсири катта кизиқиш уйғотди (8).

Норвегия олимларини таъкидлашича инсульт эпилептик талваса хуружларини келиб чиқиш хавфини оширади. Инсультни ўрта ва оғир даражалари Норвегия ахолиси ўртасида эпилепсия касаллигини ривожланишига таъсир килувчи ахамиятга эга булган даражали предикторлар каторига урта ва оғир даражали инсультлар киради. Олимларни таъкидлашича инсультдан кейинги хосил булган эпилепсияни келтириб чикувчи омилларни аниқлаш, адекват даво муолажаларни утказиш ва профилактик тадбирларни режалаштириш терапевт ва мутахасистлар учун катта ахамиятга эга (8). Норвегия Миллий эпилепсия маркази асосида утказилган изланиш натижасида 484 та бемор анамнезида инсульт урин топган ва кечки дебютли эпилепсияни ривожланишига сабаб булган. Текширилган беморлар орасида 2,5%да инсульт бошдан ўтказилгандан сунг 1 йил давомида эпилепсия кузатилган, 3,1% беморларда 7-8 йил давомида эпилептик хуружлар вужудга келган.

Бу холатларда ИКЭ ташхиси куйида курсатилган белгиларга асосланиб куйилган: сабабсиз (провокациясиз) вужудга келган икта ва ундан ортик эпилептик хуруж, уш бу талваса хуружлари утказилган инсультдан сунгра бир хафтали муддатда вужудга келиши. ИКЭ ривожланишида алохида урин тутувчи ассоциаллашган потенциал хатар омилларини тахлили Инсультни Скандинав шкаласи (Scandinavian Stroke Scale) буйича бахони 30 баллдан паст булишини ахамиятини курсатиб утди. Уш бу факторлар оғир даражали инсультларда намоён булади ва ИКЭни ривожланиш хафини ортиради (9).

Шундай қилиб инсульт (ишемик ёки геморагик) ёши кекса инсонларда эпилепсия ривожланишига кескин сабаб бўлиб қолади. Буни ахамияти жуда ката, чунки ИКЭ холати энг куп терапевт кабулига мурожат килиш сабабларидан биридир (13).

М Lossius et al (2005) ИКЭ таркалишини урганиб чиқдилар (ИКЭ бу инсульт ривожлангандан сунг 4 hafta мобайнида вужудга келган, 2 ва ундан ортик маротаба кузатилган эпиприступлар). Изланиш имкон даражасидаги дунё адабиётини куздан кечириш (обзор) асосида олиб борилган ва ИКЭ таркалиши, хатар омиллари, патофизиологияси ва прогнози масаларини ёритишга багишланган. Изланиш натижаларига асосан ИКЭ таркалиши, турли муалифлар маълумотида асосан, 2,3%дан 43%гача курсаткични ташкил қилди. ИКЭ

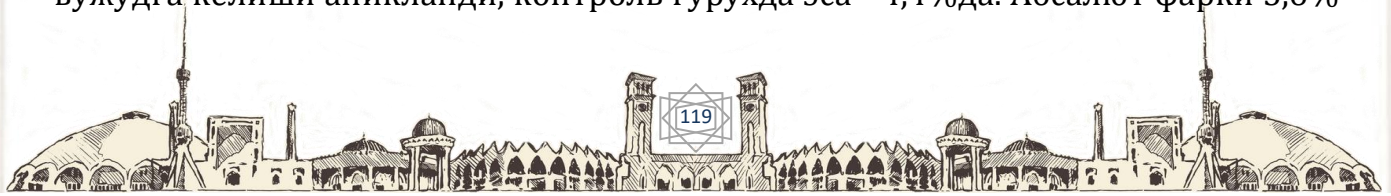




ривожланишини уртача курсаткичлари инсультдан сунги биринчи йил давомида 2,5%ни ташкил килган булса, кегинги 5 йил давомида 4,4%гача кутарилади. Огир даражали инсультлар, енгил инсультларга нисбатан, прогностик ахамиятга эга булган хатар омили сифатида бахоланди. Муаллифларни таъкидлашига кўра бундай фарққа (2,3%дан 43%гача) куйидаги сабаблар уз хиссасини кушади: турли популяцияларда инсультни узига хос кечиши, ИКЭ ташхисини турлича дифиницияси (тарифи), утказилган текширувларни турлича дизайни. Шу каторда, огир даражали инсульт юкори леталлик билан ажралиб туриши, ва кичик инсульт билан хасталанган беморларда ИКЭ кузатилмаслигини алохида курсатиб утиш лозим. Муаллифлар таъкидлашига кўра инсультни бошдан ўтказгандан сунги 1 йилдан 5 йилгача муддатда эпилепсия вужудга келиш хафи икки маротаба ошади (15).

Ишемик инсульт утказган беморларда эпилептик хуружларни (талвасали ва талвасасиз) ривожланиши эхтимоли муаммосига багишланган O. Camilo, L.V. Goldstein томонидан (2004) чоп этилган адабиёт обзори кўпчиликда қизишлиш уйғотади. Олимларнинг таъкидлашига кўра ИКЭ ривожланиш частотаси даражаси инсультни дастлабки даврида 2%дан 33%гача, ва кечки инсультданкейинги даврда эса 3%дан 67%гача курсаткични ташкил қилади. Бирок ИКЭни ривожланишини уртача частотаси (математик ишлов бериш натижаларига кура) 2,4% ташкил килади ва бу курсаткичлар баланд даражага кутарилиши асосан инсультни кечки даврида вужудга келувчи эпилептик хуружлар билан боглик. Олимларни таъкидлашига кўра ИКЭни ижтимоий аспектлари, профилактикасини ва адекват терапиясини муаммоларини хал килиш ва тушуниш учун жуда хам кўплаб миллий текширувлар ўтказиш лозим (12).

Буюк Британияда ўтлазилган текширувлар натижасига кўра кеч дебютли эпилепсия (60 ёшдан сунг) билан хасталанган беморларда, ўз навбатида, инсультни ривожланишига ута баланд хатар омили мавжудлиги аникланди. Умумий амалиёт шифокорларини Миллий статистик марказини R. Tallis et al. маълумотларини тахлили асосида (Манчестер тиббиёт университетини гериатрия булими) Англия ва Уэльсда кузатилган ИКЭ билан хасталанган 4709та клиник холат ва аналогик ёшдаги (60 ёшдан катта), эпилептик анамнезга эга булмаган контроль гурух тахлил килинган. Уш бу популяцион текширувга киритилган шахсларда куйидаги курсатилаг патологиялар кузатилмаслиги шарт эди: цереброваскуляр патология, мия жарохатлари, мия усмалари, алкоголь ва наркотикларга богликлик, анамнезда деменция, ва анамнезда антиэпилептик препаратларни кабул килиш холатлари. Сўровда қатнашганларни ўртача тугилган йили 1920-йилни ташкил килди. Икала гурухни (асосий ва контроль) 2044 эркак ва 2645 аёллар ташкил килди. Таткикод натижасида эпилепсия билан хасталанган гурухда 10% беморларда инсульт вужудга келиши аникланди, контроль гурухда эса - 4,4%да. Абсолют фарқи 5,6%



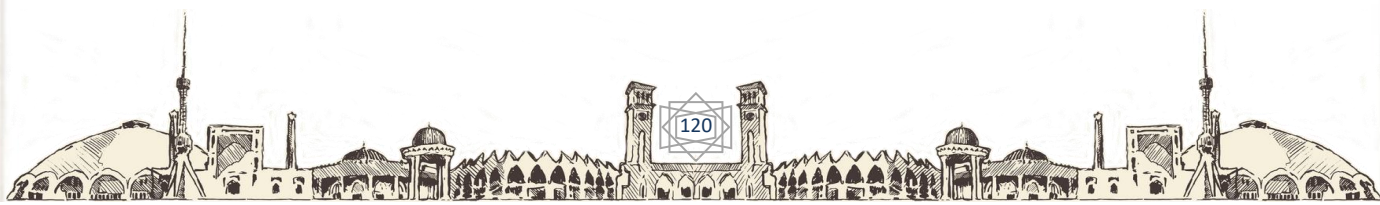


ташкил килди. Таккословчи гуруҳда инсултни ривожланиш омилини уртача хатарин 2,89% ташкил килди (конда холестерин ва ЛПВП миқдори ортик беморлар гуруҳида уш бу курсаткич 1,4% ташкил килди). Муаллифлар таъкидлашига кўра эпилепсия хуружлари кекса ёшдаги инсонларда инсулт ривожланиш хавфини оширади (24).

Россияда 1982-йили Э. С. Прохорова томонидан ИКЭ муаммосига багишланган йирик текширув ўтказилди. Натижаларга кўра гемарогик инсулт окибатида вужудга келувчи ИКЭ частотаси 8,69%ни ташкил килди, ишемик инсултдан кейин эса – 4,12%. Алоҳида айтиб утиш лозимки, утиб кетувчи бош миёда кон айланишини бузилишларидан сунг эпилептик тутканокларини вужудга келиш частотаси баланд курсаткичларни эгаллади ва 8,8% ташкил килди (O. Daniele (1989) маълумоти буйича — 9 % холатларда [3, 10]).

А. Б. Гехт (2003) малумотларига кўра эпилепсияни ривожланиши россия популяцияси орасида 9,6% ни ташкил қилади, буларни 6% инсулт содир булишидан кейинги биринчи хафта мобайнида вужудга келган ва эртанги эпилептик хуружлар каторига киритилган. Инсулт содир булгандан сўнг бир хафтадан ортик мухлатда вужудга келган ИКЭ 5,4%ни ташкил килди. Тикланиш даврини 3 ойдан 12 ойигача булган мухлатда беморланинг 60% ИКЭ вужудга келгани кузатилди. ИКЭ вужудга келиш уртача частотаси 4,2%га тенг булди ва Норвегия ва Буюк Британияда утказилган изланиш натижаларига тугри келди. ИКЭ кумулятив хатари инсулт утказилгандан сунги бир йил давомида 3,27%, изланишни иккинчи йилини охирига 5,7%га тугри келди. Муалифлар малумотига кура эртанги эпилептик хуружларни вужудга келиши инсултнинг тикланиш даврини кечишига салбий таъсир курсатиши мумкин, масалан, огир неврологик дефицитни сакланиб қолиниши, согаиб кетиш ва тирик қолиш курсаткичини пастлиги, инсултдан кейинги икки йил давомида кайта инсултларни ривожланиши. ИКЭ ривожланишига энг куп хисса кушувчи хатар омилларига куйидагилар киради: кексалик (50-59 ёш), хилпилловчи аритмия, инсулт даражаси, чекиш ва алкаголни суистимол килиш. Шу каторда муалифлар такиклашича, ИКЭ купрок урта даражали инсулт ва кичик инсултларда вужудга келади, куп холатларда миё инфарктини хажми 10-30 мм ташкил килди, ва бу очоғлар асосан пешона ва чакка соҳасида жойланиши аникланди (МРТ маълумотлари буйича) (23).

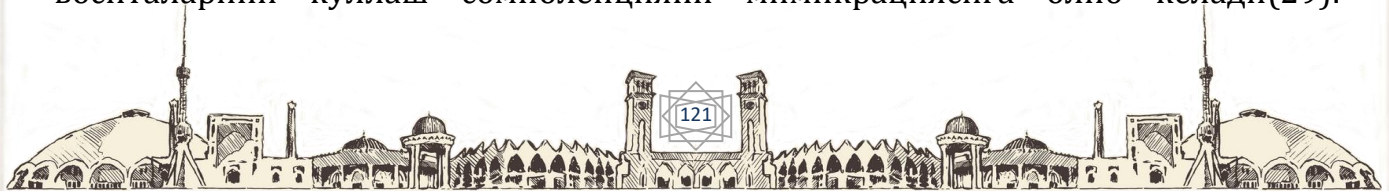
М. Е. Lancmanetal. (1993) МРТ текшируви тахлили нажиларига асосан берган малумотларига қараганда ИКЭ билан хасталанган беморларда тутканок хуружини ривожланишига олиб келувчи хатар омиллари куйидагилардир: геморагик инсулт, бош миёа пустлоғи инфаркти, ва бош миёани кенг тарқалган шикастланишлари (бита дан ортик бош миёа булагига жараёнга кушилса) (11). ИКЭ ривожланишида ахамиятли хисса кушувчи хатар омилларига эпилептик статусни инсултнинг уткир ва ним уткир даврида вужудга келишидир (10).





ИКЭ касаллигини даволаш ёш беморларда кузатиладигон эпилепсияни даволашга нисбатан мураккаброк булади (12). Уш бу кийинчилик сабабларига дорилар аро таъсирларни ортиб кетиш хавфи, ёшга боглик жигар ва буйрак дисфункциялари, ва уш бу дисфункцияга боглик булган антиэпилептик воситаларини кабул килиш интервалларини ортиб кетиши (ёш эпилепсия билан хасталанган беморларга нисбатан), Альцгеймер, Паркинсон касаллиглари, гипертоник мултиинфаркт энцефалопатия, экзоген-токсик (алкаголли энцефалопатия) каби касалликлар сабабли кекса ёшдаги беморларда вужудга келган когнетив узгаришлар кирали. Юкорида курсатиб утилган омиллар таъсири натижасида антиэпилептик дори воситаларни ноъжужа таъсирларини ва сезгирлик бусагасини ортишига каби салбий холатлар вужудга келади (13). Куйида курсатилган антиэпилептик дори воситаларни дозага боглик ноъжужа таъсирлари уш бу дори воситасини кон зардобидаги концентрациясини, ёш пациентларга нисбатан, бир неча маротаба ортишига тугридан тугри богликлиги аникланди: бош айланиши ва мувозанат бузилишлари; препаратспецифик ноъжужа таъсирлар - гипонатриемия, тремор (13). Антиэпилептик дори воситаларни ноъжужа таъсирларни ўсиши беморларни кекса ёшига боглик булари, масалан, фенобарбитал, фенитоил, пермидон кабул килиш фонида АЭПга боглик остеопароз, остеомалацияни ривожланиш хатари (13). Шу каторда монотерапияга нисбатан политерапия утказиш натижасида остеопения ва остеопороз каби узгаришларни вужудга келиш хаъфи бир неча маротаба ортиб кетади. Аммо ката ёшдаги беморлар орасида янги антиконвульсантларни куллаш натижалари хакида маълумотлар кам (27). Масалан 2004 йилга АКШдаги 21435 уруш фахрийларини (эпилепсия билан хасталанган 65 ёшдан катта беморлар) 80% Феноборбитал ва фенитоин каби препаратлар билан даволанган (27), аммо бугунги кунга уш бу препаратларни кескин наъмоён булган седатив таъсири, когнетив фаолиятга салбий таъсири ва дорилар аро таъсиротларни ортириш каби ноъжужа хусусиятлар хакида етарли маълумотга эгамиз (27). Ката ёшдаги беморларни фенитоин билан даволаганда етарли доза танглашда кийинчиликлар тугилади, чунки уш бу препарат нолиней ноъжужа таъсирга эгадир.

Катта ёшдаги беморларни даволаш жараёнида антиэпилептик дори воситалар каторида соматик касалликларга карши терапия хам утказилади. Антиэпилептик дори воситалари бошқа гурух дорилар билан ўзаро таъсирга киришиши мумкин. Фақатгина энг замонавий антиэпилептик дори воситаларигина (габапентин, леватирацетам) дорилар аро таъсирларни минимал профилига эга (29). Айтиб утилган препаратларни иккаласи хам фокал эпилепсияда эффектив хисобланади ва узгармаган холда буйрак оркали экскрецияга учрайди, аммо уш бу препаратларни дозировкаси ренал функцияларни етишмовчилигига тогридан тугри боглик булади. бу дори воситаларини куллаш сомноленцияни мимикрациясига олиб келади(29).



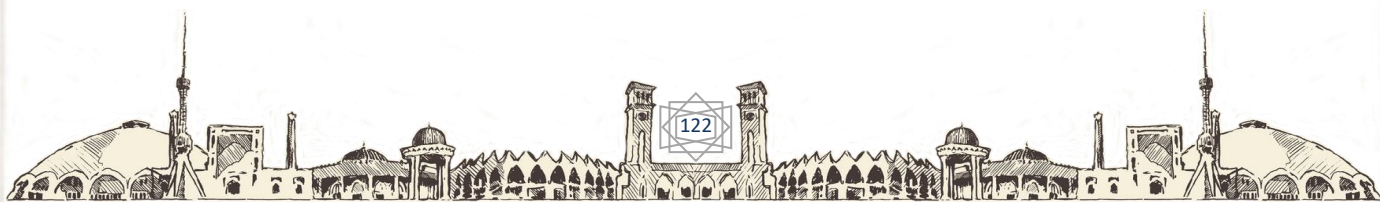


Утказилган изланишларга қараганда фақатгина 25% эпилепсияси бор беморларда тоник клоник хуружлар кузатилган, 43%да - комплекс фокал хуружлар кузатилган, 32% да - фокал хуружлар кузатилган. Ката ёшдаги беморларда фокал талвасаларни диагностикаси ута мураккаб ҳисобланади чунки бемор ва унинг яқинлари ва хаттоки шифокор томонидан тугри ва тула-туқис баҳо берилиши кийинчиликга учрайди.

Карбамазепин, вальпроатлар, фенитоин каби традицион антиэпилептик дори воситалари жигарда метаболизмга учрайди. Мисол учун карбамазепин, фенитоин жигарда парчаланиб жуда ҳам кўплаб хемотерапевтик, стероид, варфарин дори воситаларини таъсирини камайтиришга олиб келади. Валпроатлар ва ламотриджин жигар метаболизмини ингибициясига олиб келади ва жигар етишмовчилиги жадаллашиш хавфини оширади, айниқса гепатодуоденал зонани етишмовчилиши фониди. Карбомозепин гипонатриемия хавфини кескин оширади, ва бу хусусиятни ИКЭ билан хасталанган беморларни даволашда ҳисобга олиш шарт (айниқса артериал гипертензияни даволашда тиахидли диуретиклар кулланилса). Бунинг натижасида бош айланиши, летаргия, сомноленция каби белгилари келиб чиқиши мумкин (22). Шунини ҳисобга олган ҳолда қон зардобидаги карбамазепин, оксикарбамазепин ва натрий концентрациясини фармакомониторинги текширувдан ўтказилиши шарт.

Қатта ёшдаги беморлар гуруҳида антиэпилептик дори воситаларини ноҳуя таъсири сифатида қуйидагилар кузатилади: 55,3% ҳолатларда тана массасини ортиши, 44,3% - седация, 29,5% - ошқозон-ичак тизимини фаолияти бузилишлари, 29,1% - хотира ва ақлий фаолиятни бузилиши, 28,7% бош айланиши, 27,6% тана массасини камайиши, 27,2% когнитив узгаришлар, 7,1% - гипонатриемия ҳолатларни. ИКЭ ҳолатидаги беморларда АЭП билан боғлиқ ноҳуя таъсирларни камайтириш мақсадида дори воситаларини минимал дозадан бошлаб секи наста эффе́ктив дозагача олиб чиқиш тавсия этилади (22).

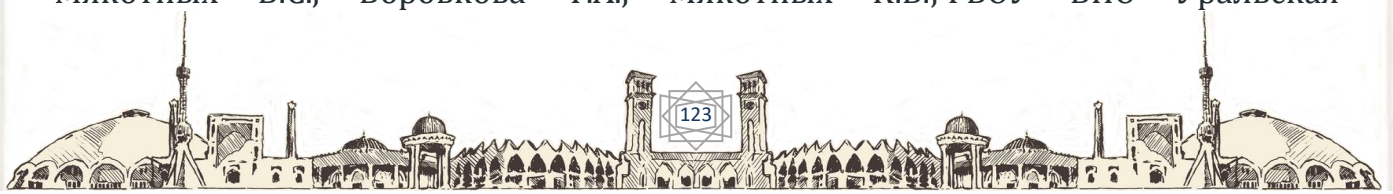
ИКЭ ташхислашда қатта аҳамиятга эга бўлган текширашларга қуйидагилар қиради: бош мияни магнит резонанс томографияси ва магнит резонанс ангиография усули (курсатмага асосан), кундузги ва тунги ЭЭГ, имкон бўлса суткалик ЭЭГ-мониторинг, қон зардобидида электролит балансини аниқлаш лаборатор текширувлари ҳамда, қондаги антиконвульсантлар концентратсиясини текшируви (антиконвульсант дори воситаларини клиник фармакомониторинги), юрак қон томир тизимини текшируви, кардиолог маслаҳатини ўз ичига олган ҳолда, ЭКГ, ЭхоКГ, холтеров мониторинги (курсатма бўйича), когнитив функцияларни текширувлари.





АДАБИЁТ:

1. Реброва О.Ю Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю.Реброва// – М. – 312 с. <https://science-education.ru>
2. Авакян Г.Н., Бадалян О.Л., Бурд С.Г., Вальдман Е.А., Воронина Т.А., Неробкова Л.Н., Крикова Е.В., Авакян Г.Г., Чуканова А.С., Стойко М.И., Савенков А.А. «Экспериментальная и клиническая эпилептология. «Эпилепсия». –2010 г. –С-Петербург. – с.215-242.
3. Байгужин П.А. Оптимизация оценки показателей сенсомоторной реакции – предикторов функционального состояния центральной нервной системы [Электронный ресурс] / П.А. Байгужин // Современные проблемы науки и образования. –2011. –№ 6. –URL: <http://www.scienceeducation.ru/pdf/2011/6/baiguzhin.pdf> (Дата обращения: 28.06.2013).
4. Бугрова, С. Г. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии: нейропсихологическое тестирование / С.Г. Бугрова, А.Е. Новиков // Клиническая геронтология : научно-практический журнал. - 2006. – Том12. N11. – С. 11-15
5. Карлов В. А. Эпилептическая энцефалопатия /В. А. Карлов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2006,N № 2.-С.4-12.
6. Карлов В.А. Эпилепсия / В.А. Карлов // – М.: Медицина. –1990. – 336 с.
7. Костылев А.А., Михайлов Д.А., Пизова Н.В. Исследование когнитивных нарушений у больных с парциальной симптоматической эпилепсией /Материалы X Всероссийского съезда неврологов// Н.Новгород, - 2012. - с.480.
8. статья «Постинсультная эпилепсия: предикторы, факторы риска, опасные варианты», лечение Т.В. Данилова, Д.Р. Хасанова, И.Р. Камалов; Межрегиональный клинико-диагностический центр; Казанский государственный медицинский университет, Казань (журнал «Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика» №1, 2012 г.)
9. **статья** «Результаты структурной и функциональной нейровизуализации у пациентов с эпилептическими приступами при цереброваскулярных заболеваниях С.Н. Базилевич, М.М. Одинак, Д.Е. Дыскин, Красаков И.В., Фокин В.А., Пьянов И.В., Декан В.С., Окозьин А.В., Поздняков А.В., Станжевский А.А.; Кафедра рентгенологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; Центральный научно-исследовательский радиологический и рентгенологический институт (Журнал неврологии и психиатрии. - 2008. - Вып. 2, прилож. - С. 33-39.)
10. статья «Постинсультная эпилепсия у больных: факторы риска, клиника, нейрофизиология, возможности фармакотерапии» Кирилловских О.Н., Мякотных В.С., Боровкова Т.А., Мякотных К.В.; ГБОУ ВПО Уральская





государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, г. Алматы, ул. Екатеринбург, Россия (Вестник Уральской медицинской академической науки, № 4, 2011 г.)

11. статья «Постинсультная эпилепсия» А.Б. Гехт, Л.Б. Тлапшкова, А.В. Лебедева; Кафедра неврологии и нейрохирургии №1 РГМУ, Москва (Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, №9, 2000, стр.67 – 70.

12. Власов, П.Н. Алгоритмы диагностики и терапии эпилепсии у взрослых в поликлинических условиях // Фарматека. – 2006. – № 7. – С. 96 – 104

13. Власов, П.Н. Некоторые практические аспекты терапии эпилепсии у взрослых // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 116

14. Гехт, А.Б., Гусев Е.И. Эпилепсия у пожилых больных и особенности ее лечения // Фарматека. – 2001. – № 1. – С. 65 – 70

15. Жирмунская Е.А. В поисках объяснения феноменов ЭЭГ. – М.: НФП Биола, 1996. – 117 с.

16. Зенков, Л.Р. Клиническая эпилептология : 2-е изд., испр. и доп. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 405 с.

17. Зенков, Л.Р., Елкин М.Н., Медведев Г.А. Клиническая нейрофизиология нейрогериатрических расстройств // Достижения в нейрогериатрии. – М., 1995. – С. 167–173

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

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

20. Мухин, К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю. Эпилепсия. Атлас электроклинической диагностики. – М.: Альварес Публишинг, 2004. – 440 с.

21. Мякотных, В.С., Гальперина Е.Э. Электроэнцефалографические особенности у лиц пожилого и старческого возраста с различной церебральной патологией. – Екатеринбург: УГМА, 1996. – 30 с.

22. Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия / К.В. Воронкова, А.С. Петрухин, О.А. Пылаева, А.А. Холин. – М.: БИНОМ, 2008. – 192 с.

23. Barolin, G.S., Sherzer E. Epileptische Anfälle bei Apoplektikern // Wein Nervenhe. – 1962.- Vol. 20. – S. 35–47

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

25. Drury, L., Beydown A., Drury L. Pitfalls of EEG interpretation in epilepsy // Neurol. Clin. – 1993. – Vol. 11. – P. 857–881

26. Epileptic seizures after fist stroke: the Oxfordshire community stroke project / Burn M., Dennis J., Bamford J., Sandercock P., Wade D., Warlow C. // BMJ. – 1997. – P. 1582–1587.





27. Ettinger, A.B. Diagnosing and treating Epilepsy in elderly // US Neurological disease. – 2007. – Vol.6. – P. 65-69

28. Holschneider D.P., Leuchter A.F. Clinical neurophysiology using electroencephalography in geriatric psychiatry: neurobiologic implications and clinical utility // Geriatr. Psychiat. and Neurol. Fall. – 1999. – Vol. 12. – P. 150–164

29. Psychiatric and behavioral side effects of the newer antiepileptic drugs in adults with epilepsy / D. Weintraub, R. Buchsbaum, S.R. Resor et al. // Epilepsy Behav. – 2007. – Vol. 10, N 1. – P. 105–10.

