

УДК: 616.853(075.8)

## ЭПИЛЕПСИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ



Кудратова Нигора Бурхановна, Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна, Бойманов Фарход Холбоевич Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ ОДАМЛАРДА ЭПИЛЕПСИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ВА ТЕРАПИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Кудратова Нигора Бурхановна, Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна, Бойманов Фарход Холбоевич Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### EPILEPSY IN ELDERLY AND SENILE AGE: FEATURES OF CLINIC, DIAGNOSIS AND THERAPY

Kudratova Nigora Burkhanovna, Abdullaeva Nargiza Nurmatovna, Boymanov Farkhod Kholboevich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Мақолада кекса ва қари ёшдаги беморларда эпилепсия клиникаси, диагностикаси ва даволаш хусусиятлари тасвирланган. Кекса беморларда эпилепсия таркибида қисман симптоматик шакллар 89,3%, қисман криптогеник шакллар - 8,1% ва умумий идиопатик шакллар - 2,7% ни ташкил қилади. Кекса беморларда эпилепсиянинг этиологик омиллари кўпинча мианинг қон томир касалликлари (87,5%, ТБИ (10%)) билан боғлиқлиги аниқланди.

**Калим сўзлар:** эпилепсия, кексалик ва қариллик, клиника, диагностика, терапия.

**Abstract.** The article describes the features of the clinic, diagnosis and treatment of epilepsy in elderly and senile patients. In the structure of epilepsy in elderly patients, partial symptomatic forms accounted for 89.3%, partial cryptogenic forms - 8.1%, and generalized idiopathic forms - 2.7%. The etiological factors of epilepsy in elderly patients were most often vascular diseases of the brain (87.5%, TBI (10%).

**Key words:** epilepsy, elderly and senile age, clinic, diagnostics, therapy.

**Актуальность.** В пожилом возрасте резко изменяются процессы биотрансформации. Вследствие этого степень связывания белками плазмы АЭП в молодом и пожилом возрасте может быть одинакова, но уменьшение метаболического клиренса и повышение концентрации в крови в пожилом возрасте приводит к увеличению фармакологической активности лекарства.

При лечении больных с эпилепсией в пожилом возрасте следует учитывать функцию почек. Клиренс креатинина прогрессивно уменьшается после 20-летнего возраста, уменьшаясь на 50% от исходного в возрасте, старше 80 лет. С возрастом изменяются также функции печени, что в первую очередь связано с уменьшением почечного внутритканевого кровотока. В соответствии с этим изменяется оксидантный метаболизм.

Другие проблемы в пожилом возрасте связаны с изменением массы тела. Характерно

уменьшение мышечной массы с одновременным процентным увеличением жировой ткани. Это может влиять на процессы распределения лекарств, особенно связанных с липофильными субстанциями

**Цель.** Определение клинико-диагностической особенности эпилепсии в пожилом и в старческом возрасте.

**Материалы и методы исследования.** Методы исследования включают ЭЭГ, МРТ, определение плазмоконтентации препаратов вольпроевой кислоты. Основную группу составили 140 пожилых больных эпилепсией (по классификации ВОЗ старше 60 лет). Пожилой возраст при обращении составил 60-75 лет, старческий возраст начала заболевания – 75-90 лет. Контрольную группу составили 80 больных (29 мужчин и 51 женщин) эпилепсией в молодом возрасте от 25 до 44

лет, средний возраст начала заболевания 44-60 лет.

Средняя длительность заболевания эпилепсией составляла 13,48 лет у больных в группе контроля и 11,07 лет у больных основной группы ( $P > 0,05$ ).

Соматическая отягощенность была отмечена у большинства пожилых больных эпилепсией. Так, у 113 (75,0%) больных имелась артериальная гипертония: I стадия - у 30 (20,1%) больных, II стадия - у 41 (29,5%) больных, III стадия - у 39 (26,2%) больных.

Различная кардиоваскулярная патология была отмечена у 60 больных: ИБС - у 60 (40,3%), в том числе постинфарктный кардиосклероз - у 7 (4,7%) больных, аритмии - у 40 (26,8%) пациентов, в том числе экстрасистолии - у 4, мерцательная аритмия - у 23 (15,4%), блокада левой ножки пучка Гиса - у 10 (6,7%), сахарный диабет - у 13 (8,7%) больных (в том числе I типа у 1 больного), хронические обструктивные заболевания легких - у 26 (17,4%) больных, ревматизм с пороком сердца - у 9 (6%) больных, болезни органов пищеварения - у 7 (4,7%) больных. Многие больных поступали в стационар 2-5 раз, что позволяло изучать клиническое течение заболевания в динамике. Все больные были осмотрены терапевтом, окулистом, при необходимости другими специалистами. Исследование неврологического статуса проводилось по общепринятой схеме.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинические проявления эпилептических приступов у пожилых пациентов имели ряд особенностей. Так, в группе пожилого возраста относительно чаще наблюдались психические симптомы (11,4%). В то время в группе молодых больных чаще наблюдались автоматизмы (43,8% в сравнении с 14,8% у пожилых), причем различие было статистически значимы  $P < 0,001$ .

Другой особенностью эпилептических приступов у пожилых людей явилось то, что в группе пожилых не было отмечено ни одного случая ауры в виде обонятельных галлюцинаций. В то же время у пожилых больных часто отмечались ауры, описываемые больными как головокружение, а сам эпилептический приступ описывался как период затормаживания мышления, обморочного состояния. У 2 больных наблюдался продромальный период различной длительности, в виде нарастания общемозговых симптомов, интенсивной головной боли и головокружения, спутанности сознания с пространственно-временной дезориентацией.

Длительность послеприступного периода у пациентов пожилого возраста наблюдалась несколько больше, чем в группе молодых пациентов. Так, фокальный моторный дефицит (симпто-

мы выпадения) в виде паралича. Тогда наблюдался у 8 больных пожилого возраста и продолжался до нескольких дней. В группе молодых пациентов симптомы выпадения наблюдались в 2-х случаях, и проходили в течение нескольких минут.

Важно отметить, что послеприступные симптомы выпадения у больных без предшествующей очаговой симптоматики позволяли идентифицировать фокус эпилептической активности во всех случаях. Такое возникновение симптомов выпадения можно объяснить сниженными возможностями пораженных предшествующих инсультам участков головного мозга к восстановлению. Другой причиной может быть сохранение эпилептических разрядов расстоянии от первоначального очага с длительным восстановлением в новом очаге на отдалении от основного. Поэтому длительный послеприступный моторный дефицит следует рассматривать как возможное продолжение субклинических парциальных приступов или как возникновение нового структурного повреждения головного мозга. Явление спутанности отмечались у 10 пожилых больных, причем у 4 пациентов эти явления продолжались от нескольких часов до суток. В ряде случаев (у 3 больных) состояние психомоторного возбуждения потребовали консультации психиатра для исключения психиатрической патологии.

У 5 больных имел место транзиторной амнестический синдром в виде дезориентировности. Эти явления возникали после эпилептического приступа или серии приступов. В первые дни больные были вялы, медлительны, с трудом осмысливали окружающее. У 2 больных отмечались не связанное с приступом стойкое постепенное ослабление памяти, как на ближайшие, так и на прошлые события. Эпилептические приступы возникали только во время бодрствования у 75,7% пожилых и у 81,3% молодых больных, только во время сна у 15% и 10,0% соответственно пожилых и молодых пациентов (табл. 1).

Лобная эпилепсия проявлялась ПП, СЛП, ВГСП приступами или их комбинациями. СЛП приступы, как правило, были непродолжительны по времени и не превышали 1 мин. Их особенностью была очень быстрая вторичная генерализация приступов, причем относительно часто наблюдались серии эпилептических приступов или эпилептический статус (у 7 больных). Моторные пароксизмы. ПП приступы были выявлены у 15 больных: простые моторные приступы у 12 пациентов, простые сенсорные приступы у 3 пациентов.

У 4 больных наблюдались типичные джексоновские приступы, развивающиеся контралатерально очагу.

**Таблица 1.** Распределение больных в цикле сон-бодрствование

Время появления эпилептических приступов в течение суток	Пожилые, n=140		Молодые, n=80		P
	n	%	n	%	
Во время бодрствования	106	75,7	65	81,3	>0,05
Во время сна	11	7,9	3	3,7	>0,05
Во время сна и бодрствования	21	15,0	8	10,0	>0,05
Неизвестно	2	1,4	4	5,0	>0,05
Итого	149	100,0	80	100,0	

У 2 больных приступ начинался с судорог в контралатеральной ноге, преимущественно тонического характера, затем присоединились судороги в руке, приступы были стереотипными, длились от 1 до 10 мин., сознание при этом не нарушалось. У 2 пациентов судороги имели преимущественно клонический характер, и распространялись у 1 больного по типу восходящего (нога-рука-лицо) и у 1 больного нисходящего (лицо-рука-нога), в обоих случаях с ВГСП. Фронтальнополярные приступы наблюдались у 8 больных. Приступы были ПП с нарушением психических функций у 3 больных приступы проявлялись ощущением внезапного «провала мыслей», пустоты в голове, потерянности. У 2 больных наблюдалось тягостное ощущение необходимости что-то вспомнить или насильственный наплыв мыслей, от которого больной не мог избавиться. Согласно литературным данным, такие приступы возникают при раздражении полюса лобных долей. Оперкулярные приступы отмечались у 2 больных, проявляясь пароксизмами жевательных движений и причмокивания. У 1 больного отмечались инспираторные подергивания мышц лица и нарушение речи. Этот вид приступов возникает при раздражении нижней лобной извилины на стыке с височной долей. Дорсолатеральные приступы наблюдались у 3 больных и проявлялись адверсивными приступами с насильственным поворотом головы и глаз, контралатералью очагу поражения. У 2 больных отмечались пароксизмы моторной афазии, вызывавшей необходимость дифференциального диагноза с повторным инсультом. Согласно литературным данным, развитие таких приступов может быть связано с распространением эпилептических разрядов на задние отделы нижней лобной извилины (центр Брока).

Орбитофронтальные приступы возникали у 5 больных и характеризовались у 2 больных эпигастральными приступами, у 2 больных кардиоваскулярными приступами в виде боли, чувства жжения в области сердца, изменения сердечного ритма и артериального давления и у 1 больной респираторными приступами, в виде чувства сжатия в области шеи.

У 3 больных отмечались СЛП с автоматизмами жестов. При этом обращало на себя внимание обилие вегетативных феноменов в виде гипергидроза, побледнения кожных покровов, не-

редко гиперемии лица, сильной потливости. У 1 больного такая выраженность вегетативных феноменов в сочетании с чувством страха потребовало дифференциального диагноза с феохромоцитомой. Согласно литературным данным, указанные вегето-висцеральные приступы возникают при поражении орбитальной коры нижней лобной извилины.

При оценке степени тяжести течения эпилепсии нами была использована классификация, предложенная Luhdorf К. (1986). По данным анамнеза легкая степень тяжести течения эпилепсии (при 3-х и менее эпилептических приступах в год) была отмечена у 30 (21,4%) больных пожилого возраста, в сравнении с 8 (10%) (P<0,05) пациентов молодого возраста, средняя степень тяжести течения эпилепсии (при 12 и менее приступов в год) - у 58 (41,4%) и 26 (32,5%) больных пожилого и молодого возраста соответственно, тяжелое течение эпилепсии (13 и более приступов в год и/или при наличии в анамнезе серии эпилептических приступов или эпилептического статуса) - у 52 (37,1%) и 46 (57,5%) (P<0,01) пациентов пожилого и молодого возраста соответственно. Нами был проведен детальный анализ связи типов эпилептических приступов у больных пожилого возраста и степени тяжести течения эпилепсии. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таким образом, как видно из таблицы 2 у больных пожилого возраста чаще всего легкое течение эпилепсии наблюдалось при ПП приступах, а течение средней тяжести - при СЛП. В процессе анализа ЭЭГ показатели биоэлектрической активности (БЭА) мозга у больных эпилепсией пожилого возраста сопоставлялись с результатами ЭЭГ обследования больных в группе сравнения.

При исследовании выраженности диффузных изменений БЭА головного мозга нами были выявлены легкие изменения в виде легкой дезорганизации альфа-ритма по частоте, недостаточной модуляции или отсутствию модуляции альфа-ритма у 9 (7,4%) больных пожилого возраста, выраженные изменения БЭА - у 76 (62,3%) больных, грубые изменения - у 37 (30,3%) пожилых больных. В группе сравнения, легкие изменения БЭА были отмечены у 20 (29%) больных молодого возраста, умеренные - у 38 (55,1%) и выраженные изменения БЭА - у 4 (5,8%) больных. Таким обра-

зом, грубые изменения БЭА в группе пожилых были отмечены чаще, чем в группе сравнения. Медленно-волновая активность (МВА) выявлялась у 114 (93,4%) больных пожилого возраста и у 49 (71,0%) больных в группе сравнения. Для более детального анализа степени выраженности МВА у пациентов пожилого и молодого возраста (группа сравнения) нами была использована классификация, предложенная J.R.Hughes, M.L.Zialcita в 1999 г. Результаты анализа представлены в таблице 3.

Фокальные изменения БЭА были выявлены у 97 (79,5%) из 122 пожилых больных и у 60 (86,9%) больных группы сравнения (пациентов молодого возраста). Таким образом, фокальные

изменения отсутствовали у 25 (20,5%) пожилых и 9 (13,1%) молодых больных.

У 44 (45,4%) больных эпилепсией пожилого возраста отмечался фокус МВА в виде локального замедления доминирующего ритма и появления медленной активности тета- и дельта-диапазона. В группе сравнения (пациентов молодого возраста) такого рода фокальная МВА наблюдалась только у 16 (26,7%) больных.

Важно отметить, что в отличие от фокальной МВА, фокальная пароксизмальная активность (ФПА) наблюдалась в группе пожилых реже - у 24 (24,7%) больных, чем в группе молодых - у 25 (41,7%) больных, равно как и сочетание фокальной МВА и ФПА (у 29,9% в сравнении с 31,7% у молодых).

**Таблица 2.** Степень тяжести течения эпилепсии и типы эпилептических приступов у больных пожилого возраста

Тип приступа	Легкое течение (n=39)		Средней тяжести (n=58)		Тяжелое течение (n=52)	
	Абс	%	абс	%	Абс	%
ПП	1	2,6	9	15,5*	5	9,6
СЛП	8	20,5	29	50,0**	16	30,8
ПП с ВГСП	16	41,0	7	12,1**	13	25,0
СЛП с ВГСП	9	23,1	5	8,6	8	15,4
ПГ абсансы	0	0,0	2	3,4	1	1,9
ПГ тонико-клонические	5	12,8	5	8,6	8	15,4
ПГ тонико-клонические	0	0,0	1	1,7	1	1,9

Примечание: \* - различия относительно данных группы легкое течение значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ )

**Таблица 3.** Степень выраженности медленно-волновой активности (МВА) у пациентов пожилого возраста и в группе сравнения пациентов молодого возраста

Степень выраженности МВА (по классификации Hughes J. R., Zialcita M. L.)	Пожилые (n=114)		Молодые (n=49)		P
Легкая (редкие тета-волны)	19	16,7	7	14,3	>0,05
Легкая-умеренно-выраженная (25-50% тета-волны)	39	34,2	20	40,8	>0,05
Умеренно-выраженная (<20% дельта-волны)	25	21,9	19	38,8	<0,05
Значительно-выраженная (<50% дельта)	18	15,8	3	6,1	<0,05
Грубая (>50% дельта)	13	11,4	0	0,0	<0,001

Примечание: \*% подсчитан к объёму числа больных с МВА (n= 114 и n=49);\*\*p<0,01

**Таблица 4.** Сравнение выраженности эпилептической активности в фоновой ЗЭГ в группе пожилых пациентов и в группе сравнения (по классификации Hughes J. R. и Zialcita M. L., 1999)

Эпилептическая активность в течение 20-минутной записи	Пожилые		Молодые		P
	n=85	%	n=59	%	
Редкая	1	1,2	1	1,7	>0,05
Единичная	16	10,7	5	6,8	>0,05
Стандартная	43	50,6	18	32,2	<0,05
Частая	24	28,2	34	55,9	<0,001
Очень частая	1	1,2	2	3,4	>0,05
Всего	85	100,0	59	100,0	

Примечание: \*p<0,01



Обращает на себя внимание, что фокус МВА чаще всего выявлялся у пожилых больных с охватом нескольких долей (у 61 больного): например, лобно-височной - у 14 больных, что составило 19,2% всех больных с фокальной МВА, лобно-теменно-височной - у 13 (17,8%) больных, височно-теменной локализации - у 13 (17,8%) больных.

У 16 (13,1%) больных пожилого возраста были выявлены генерализованные билатерально синхронные медленно-волновые разряды тета- и дельта-диапазона. У молодых больных генерализованная МВА отмечалась только у 6 (8,7%) больных.

При исследовании ЭЭГ в межприступном периоде пароксизмальная и условно-пароксизмальная активность была выявлена у 85 (60,7%) больных пожилого возраста и у 59 (73,8%) больных в группе сравнения.

У пожилых больных были выявлены следующие пароксизмальные изменения: острые альфа-волны (у 32 больных), спайки (у 2 больных), спайки-острые волны (7 больных), комплексы острая-медленная волна (у 19 больных). В группе сравнения у 11 больных имелись эпилептические феномены в виде острых волн, у 30 больных - комплексы спайк-острая волна, у 3 больных - спайки, у 15 больных - вспышки комплексов острая-медленная волна.

Для анализа степени выраженности эпилептической активности в группе пожилых пациентов и группе сравнения нами была использована классификация, предложенная J. R. Hughes, M. L. Zialcita (1999). Эпилептическая активность подразделялась на: 1) редкую (<4 пароксизмов в течение 20-минутной записи); 2) единичную (4-6 в течение записи); 3) стандартную (7-12 в течение записи); 4) частую (>12 в течение 20-минутной записи, но <1 в течение 10 сек); 5) очень частую (>1 в 10 сек). Результаты анализа представлены в таблице 4.

В группе больных эпилепсией пожилого возраста пароксизмальная и условно-пароксизмальная активность наиболее часто имела лобную локализацию - у 35 (41,2%) больных, реже височную - у 19 (22,4%) больных. В то же

время в группе сравнения такого рода активность чаще всего наблюдалась в височных отделах - у 32 (54,2%) больных, и достоверно реже в лобных отделах - у 9 (15,3%) больных.

По данным нейровизуализации, очаги корковой локализации были выявлены у 36 (67,9%) пожилых больных и 9 (45,0%) больных в группе сравнения, подкорковой локализации - у 11 (20,8%) и 9 (45%) больных, корково-подкорковой локализации - в 6 (11,3%) и 2 (10,0%) случаях соответственно.

Характеризуя данные методов нейровизуализации в целом у больных эпилепсией пожилого возраста, можно говорить о преобладании диффузных изменений, гидроцефалии и очаговых поражений с вовлечением нескольких долей в группе пожилых больных эпилепсией по сравнению с группой молодых пациентов. Обращали на себя внимание большая частота множественных церебральных очагов в группе пожилых - у 17 (32,1%) больных в сравнении с 1 (5,0%) больным эпилепсией молодого возраста и очаговые поражения в височной доле, преобладающие в группе сравнения (17,0% и 45,0% пожилых и молодых больных соответственно).

Нами были сопоставлены данные ЭЭГ и нейровизуализации. Результаты анализа представлены в таблице 5.

Как видно из таблицы. 5, полное совпадение фокальных изменений ЭЭГ с очаговыми на МРТ имело место у 29,5% пожилых больных и 20,8% больных в группе сравнения. У остальных больных отмечалось расхождение этих данных. Так, например, у 32,8% больных пожилого возраста и 50% больных в группе сравнения имелись фокальные изменения на ЭЭГ, не подтвержденные очагом соответствующей локализации по данным нейровизуализации.

В то же время, методами нейровизуализации определялись очаговые изменения у 3,3% пожилых больных и 12,5% больных в группе сравнения, которые не проявлялись фокальными изменениями на ЭЭГ, что можно объяснить преимущественным поражением подкорковых структур головного мозга у больных в группе сравнения.

**Таблица 5.** Сопоставление локализации очаговых изменений по данным ЭЭГ, МРТ и МРТ.

Соотношение данных ЭЭГ и нейровизуализации	Пожилые		Молодые	
	n=61	%	n=24	%
Полное совпадение по локализации очагов	18	29,5	5	20,8
Неполное совпадение по локализации очагов на МРТ и ЭЭГ	21	34,4	4	16,7
При МРТ есть, на ЭЭГ нет (очаговые изменения)	2	3,3	3	12,5
На ЭЭГ есть, на МРТ нет	20	32,8	12	50

**Таблица 6.** Эффективная плазмоконтрация у больных получавших вальпроевую кислоту при длительном течении (более 3 месяцев)

Возраст (лет)	Кол-во больных	Средняя плазмоконтрация АЭП (мг/л)	
		Вальпроевая	
		Плазмоконтрация у больных до лечение (с приувелечением дозирования)	Плазмоконтрация после лечение (с правильной схемой)
60-75	45	144,6	108,4
75 и более	15	160,8	116,7

У 37 пожилых больных с развившимися побочными реакциями при применении исследуемых АЭП первой линии выбора, из которых вальпроаты принимали 13 (35,1) больных, карбамазепин- (51,4%) больных и ламотриджин – (13,5%) больных, была определена концентрация принимаемых АЭП в плазме крове (табл. 6).

Как показано в таблице 6, у пожилых больных средние показатели плазмо-концентрации применявшихся АЭП превышали их максимально допустимые показатели плазмоконтрации. Отмечалась тенденция увеличения с возрастом концентрации препарата в плазме крови. Возможно, этим объясняется большая частота побочных реакций исследуемых АЭП у пожилых больных и увеличение с возрастом частоты развития побочных реакций. После коррекции суточной дозы исследуемых АЭП их плазмоконтрация находилась в диапазоне оптимальной терапевтической плазмоконтрации в соответствии с данными литературы (81). Плазмоконтрация вальпроевая в возрастной группе (по литературным данным) 60-75 лет превышала допустимую в среднем на 23%, что составляло в среднем на 24,6 мг/л больше допустимой плазмоконтрации. В возрастной группе старше 75 лет средняя плазмоконтрация вальпроата была выше предельно допустимой в среднем на 34%, что больше в среднем на 40,8 мг/л. Плазмоконтрация карбамазепина в возрастной группе 60-75 лет превышала допустимую в среднем на 21%, что составляло в среднем на 2,52 мг/л больше максимальной плазмоконтрации. В возрастной группе старше 75 лет средняя плазмоконтрация карбамазепина была выше предельно допустимой в среднем на 36%, что было больше допустимой плазмоконтрации на 3,24 мг/л. Плазмоконтрация ламотриджина в возрастной группе 60-75 лет превышала максимально допустимую в среднем на 18% и была выше на 0,56 ммоль/л. В возрастной группе старше 75 лет средняя плазмоконтрация ламотриджина была выше предельно допустимой в среднем на 35% и превышала показатели предельно допустимой плазмоконтрации на 1,05 мг/л. Анализ плазмоконтрации исследуемых АЭП показал, что у пожилых больных показатели исследуемых АЭП плазмоконтрации превышают их допустимые значения в

среднем на 21,6% в возрастной группе 60-75 лет и на 34,8% в возрастной группе старше 75 лет. На основании полученных результатов плазмоконтрации суточные дозы исследуемых АЭП были уменьшены у больных в возрасте 60-75 лет в среднем на 20% и у больных старше 75 лет - на 35%. Вальпроевая кислота была назначена в дозе 12 мг/кг/сут. возрастной группе от 60 до 75 лет и в дозе 9,75 мг/кг/сут. у больных старше 75 лет. Доза карбамазепина составила 8 мг/кг/сут. у больных в возрасте от 60 до 75 лет и 6,25 мг/кг/сут. у больных старше 75 лет. Доза ламотриджина составила 4 мг/кг/сут. у больных в возрасте от 60 до 75 лет и 3,25 мг/кг/сут. у больных старше 75 лет. После коррекции суточной дозы лечение исследуемыми АЭП продолжалось у 29 пожилых больных эпилепсией. Через 2 месяца у больных эпилепсией пожилого возраста, принимающих исследуемые АЭП в коррегированных дозах, проводилось повторное определение плазмоконтрации принимаемых АЭП. Плазмоконтрация карбамазепина после коррекции суточной дозы у пожилых больных в возрасте 60-75 лет равнялась 10,2 мг/л и в возрасте старше 75 лет -11,5 мг/л. Плазмоконтрация вальпроатов у пожилых больных в возрасте 60-75 лет составляла 108,3 мг/л и в возрасте старше 75 лет - 116,7 мг/л. Плазмоконтрация ламотриджина у пожилых больных в возрасте 60-75 лет составляла 2,1 мг/л и в возрасте старше 75 лет - 2,7 мг/л. После коррекции суточной дозы исследуемых АЭП побочные реакции регрессировали у всех больных. По-видимому, это было связано с оптимальной концентраций исследуемых АЭП в плазме крови. Коррекция суточной дозы АЭП у пожилых больных не повлияла на эффективность противосудорожной терапии.

Таким образом, адекватное уменьшение дозы АЭП у пожилых больных эпилепсией снизило частоту осложнений противосудорожной терапии и не повлияло на ее эффективность.

**Выводы:** В структуре эпилепсий у пожилых пациентов парциальных симптоматические формы составили 89,3%, парциальные криптогенные - 8,1% и генерализованные идиопатические - 2,7%. Этиологическими факторами эпилепсий у больных пожилого возраста являлись чаще всего сосудистые заболевания головного мозга (87,5%, ЧМТ (10%).

У больных эпилепсией пожилого возраста эпилептическая активность проявлялась достоверно реже, чем в группе больных относительно молодого возраста. По данным МРТ, у больных эпилепсией пожилого возраста преобладали диффузные изменения, гидроцефалия и краткие очаговые поражения с вовлечением нескольких долей, в то время как в группе сравнения преобладала подкорковая локализация очага и поражения височной доли. Степень стенодарующего процесса более выражена у больных пожилого возраста со сложными парциальными приступами без вторичной генерализации.

В результате выявленных ФД особенностей, в среднем, одинаковые в расчете на кг массы тела режимы дозирования (мг/н/день) создают у больных пожилого возраста более высокие уровни вальпроевой кислоты в крови по сравнению с относительно молодыми пациентами. Необходимо применение в среднем меньших суточных доз вальпроевой кислоты у пожилых больных во избежание повышения концентрации препарата в крови с соответствующими токсическими эффектами основываясь на анализе плазменной концентрации.

#### Литература:

1. Абдуллаева Н. Н., Вязикова Н. Ф., Шмырина К. В. Особенности эпилепсии у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // *Dobrokhotov readings*. – 2017. – С. 31.
2. Абдуллаева Н. Н., Ким О. А. Клинические особенности фокально обусловленной симптоматической височной эпилепсии у больных пожилого возраста // *Доброхотовские чтения*. – 2017. – С. 35-37.
3. Абдуллаева Н.Н., Ишмухамедов З.М., Хуснидинов Р.О. Современный взгляд проблему лечения хронических рубцовых стенозов гортани // *Авиценна*. – 2018. – №. 19. – С. 8-11.
4. Абдуллаев А. С., Кубаев А. С., Ризаев Ж. А. Порог возбудимости при неврите нижнеальвеолярного нерва // *Журнал биомедицины и практики*. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
5. Азизова Р. Б., Абдуллаева Н. Н., Усмоналиев И. И. Изменение высших когнитивных функций у больных с эпилепсией // *Вопросы науки и образования*. – 2019. – №. 28 (77). – С. 87-96.
6. Кубаев А.С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // *Научные исследования*. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
7. Кубаев А.С., Валиева Ф. С. Морфофункциональное состояние полости носа у больных при верхней микрогнатии // *Современные достижения стоматологии*. – 2018. – С. 66-66.

8. Кубаев А. С. Разработка алгоритма диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица // *Zbiór artykułów naukowych recenzowanych*. – 2019. – С. 66.

9. Ризаев Ж.А., Хакимова С.З., Заболотских Н.В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // *Uzbek journal of case reports*. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

10. Ризаев Ж.А., Адилова Ш.Т., Пулатов О.А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // *Аспирант и соискатель*. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.

11. Ризаев Ж.А., Ахророва М.Ш. Оценка особенностей изменения слизистой оболочки и состояния полости рта при covid-19 // *Журнал биомедицины и практики*. – 2022. – Т. 7. – №. 4.

12. Ризаев Ж.А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.

13. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

14. Тоиров Э. С., Абдуллаева Н. Н. Способы терапии невротических нарушений у больных при ревматоидном артрите // *Вопросы науки и образования*. – 2019. – №. 28 (77). – С. 24-33.

15. Туйчибаева Д.М., Ризаев Ж.А., Малиновская И. И. Динамика первичной и общей заболеваемости глаукомой среди взрослого населения Узбекистана // *Офтальмология. Восточная Европа*. – 2021. – Т. 11. – №. 1. – С. 27-38.

#### **ЭПИЛЕПСИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

*Кудратова Н.Б., Абдуллаева Н.Н., Бойманов Ф.Х.*

**Резюме.** В статье описаны особенности клиники, диагностики и терапии эпилепсии у больных пожилого и старческого возраста. В структуре эпилепсий у пожилых пациентов парциальных симптоматические формы составили 89,3%, парциальные криптогенные - 8,1% и генерализованные идиопатические - 2,7%. Этиологическими факторами эпилепсий у больных пожилого возраста являлись чаще всего сосудистые заболевания головного мозга (87,5%, ЧМТ (10%).

**Ключевые слова:** эпилепсия, пожилой и старческий возраст, клиника, диагностика, терапия.