

РОЛЬ МИГАТЕЛЬНОГО РЕФЛЕКСА В ОЦЕНКЕ ГИПЕР-СИНХРОННОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

О. В. КИСТЕНЬ¹, В. В. ЕВСТИГНЕЕВ¹, В. С. УЛАЩИК²

¹*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь;*

²*Институт физиологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь*

kisten@tut.by

Для эпилепсии характерны определенные типы пароксизмальных состояний, закономерности их течения и проявлений. Отнесение припадка к эпилептическому возможно только при доказанной обусловленности его избыточным разрядом нейронов, а последний может быть объективно зарегистрирован только методом ЭЭГ, который выявляет определенные специфические паттерны. Следует отметить, что характерные для эпилепсии электрофизиологические феномены обнаруживаются при обычной рутинной ЭЭГ далеко не во всех случаях, приблизительно в 35-50%, при повторных исследованиях этот процент возрастает до 50-80% и, наконец, у 15% пациентов ее не удается обнаружить при обычном исследовании.

В связи с этим во многих случаях наличие гиперсинхронной активности не соответствует данным, полученным при регистрации ЭЭГ. Поэтому возникает необходимость более точной оценки гиперсинхронной активности в эпилептическом мозге.

Поскольку ствол мозга имеет мощную интегративную систему, образованную ретикулярной формацией, восходящими и нисходящими путями, то оценка состояния стволовых структур может дать объективную информацию, позволяющую достаточно полно определить функциональное состояние системы «ствол мозга - супрасегментарные структуры». Данную задачу возможно решить, используя параметры мигательного рефлекса (МР). Так как рефлекторная дуга МР включает афференты первой ветви тройничного нерва, эфференты лицевого нерва, ядра этих черепных нервов, а также нейроны ретикулярной формации мозгового ствола, находящиеся под контролем корковых отделов мозга, следовательно, характеристики мигательного рефлекса могут быть индикатором гиперсинхронной активности, провоцирующей развитие припадка. С учетом современных существующих нейрофизиологических представлений о природе полисинаптических рефлекторных ответов выделены четыре типа мигательного рефлекса: гиповозбудимый, нормовозбудимый, гипервозбудимый и гиперсинхронный.

Нами комплексно обследованы 37 пациентов с эпилепсией, которым в динамике регистрировался МР по общепринятой методике. До начала терапии у 76% пациентов обнаружен гипервозбудимый, а у 24% - гиперсинхронный тип МР. Первый паттерн МР характеризовался ранним появлением пика R1, увеличением длительности пиков R1 и R2, полифазией и высокой амплитудой R2, а также наличием пика R3, который регистрировался на стороне эпилептического очага. Второй паттерн МР отличался высокой амплитудой пика R2 при отсутствии его полифазии. В процессе лечения у всех пациентов регистрировалась частота приступов, выполнялась запись ЭЭГ и мигательного рефлекса. Нормализация параметров МР коррелировала со снижением частоты приступов ($r=0.7$, $p=0.006$) и не имела корреляционной связи с локализацией поражения мозга и наличием или отсутствием интериктальной эпилептической активности.

У пациентов с нормовозбудимым и гиповозбудимым типом МР приступы отсутствовали в течение времени наблюдения. Наиболее выраженная редукция патологических характеристик МР выявлена в подгруппе обследованных, принимавших топирамат совместно с вальпроатом натрия. Мигательный рефлекс у пациентов с эпилепсией позволяет выявлять нарушение деятельности системы кора мозга – ствол мозга и может быть критерием оценки уровня активности эпилептического процесса, предопределяющим необходимость коррекции медикаментозного лечения.