

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На правах рукописи

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПСИИ В ПОСЁЛКЕ
МАШТАГА ГОРОДА БАКУ.**

Специальность: 3223.01- Нервные болезни

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Улькер Аскер гызы Асадова**

АВТОРЕФЕРАТ

На соискание ученой степени
доктора философии

Баку - 2021

Диссертационная работа выполнена на базе кафедры неврологии
Азербайджанского Медицинского Университета.

Научный руководитель:

заслуженный деятель науки,
доктор медицинских наук, профессор

Шариф Ислам оглы Магалов

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, доцент

Ровшан Лазар оглы Гасанов

доктор медицинских наук, профессор

Еркын Смагулович Нургужаев

доктор философии по медицине

Наида Ариф гызы Несруллаева

Диссертационный совет BFD 4.07 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе Азербайджанского Медицинского Университета.

Председатель диссертационного совета:

доктор медицинских наук, доцент

_____ **Айтен Кямал гызы Мамедбейли**

Ученый секретарь диссертационного совета:

доктор философии по медицине

_____ **Наиля Низами гызы Абасова**

Председатель научного семинара:

доктор медицинских наук

_____ **Фарханда Кямил гызы Балакишиева**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. *«Эпилепсия – поли этиологическое заболевание головного мозга человека, которое характеризуется повторными не провоцируемыми припадками»¹*. В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) рассматривает эпилепсию как *«чрезвычайно важную проблему глобального общественного здравоохранения»²*.

«Заболеваемость эпилепсией на сегодняшний день в мире составляет 61,4/100000 (139.0/100000 - 48.9/100000) человек, распространенность - 7,6/1000 (8,75 - 5,18/1000 человек). Частота эпилепсии была наименьшей в исследованиях, проведенных в Азии, что, по-видимому, является отражением культуральных особенностей»³.

В условиях Азербайджана для повышения эффективности медикаментозной терапии эпилепсии необходимы достоверные сведения об эпидемиологии данного заболевания. Комплексное клинико-эпидемиологическое исследование в Маштагах (население 46.787 человек), самом крупном поселке Баку не проводилось. Данные, полученные в результате изучения эпидемиологии эпилепсии в этом древнем поселении Апшерона, позволят не только на научной основе планировать и организовать медико-социальную помощь больным, но и занять весомый материал для оценки роли этнического и социально-экономического факторов при этом заболевании⁴.

¹ Hauser W. A., L. T. Kurland. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935-1967. // *Epilepsia*. 1975. (16). P. 61-66.

² World Health Organization (WHO). // [http // apps.who. Int /gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_R8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_R8-en.pdf). 2015.

³ Beghi E. The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*. 2020; 54: 185-191. DOI: 10.1159/000503831

⁴ Magalov Sh.I. et al. The Prevalence of Epilepsy in the Nakhichevan Autonomous Republic of Azerbaijan. // *CNS&Neurological Disorders-Drug Targets*. (11): 2, 2012. p.102-9. Doi:10.2174/187152712800269768. PMID:2222932

Степень разработанности проблемы. Первые исследования эпидемиологии эпилепсии в Азербайджане охватили город Баку, и в результате было выяснено, что *«показатель распространенности заболевания составил 2,8 на 1000 населения, а в сельской местности 2,0 на 1000 населения⁵»*. Затем, в 2013 году изучались эпидемиологические показатели эпилепсии на уровне страны, охватившие детей в возрасте от рождения до 14 лет, по данным которых *«заболеваемость эпилепсией в популяции на 2004 год составила 36,7 на 100000 детского населения, а распространенность - 1,3 на 1000 детского населения⁶»*. В течение последних 20 лет основательному изучению эпилепсии в Азербайджане была посвящена серия работ. Исследовалась ее эпидемиология и клиническая характеристика как в республике в целом, так и в различных её районах: в Гусаре, Гяндже, Губе, Астаре, Шаруре, Лерике, Ордубаде⁷. Также изучалась эпилепсия у беременных⁸. Однако вопросы эпидемиологии эпилепсии, проблемы её диагностики и лечения, качество жизни взрослых больных, роль этнокультуральных особенностей изучаемой популяции и социально – экономического фактора в развитии данного заболевания на территории Апшеронского полуострова, в частности в поселке Маштага, не исследовались.

⁵ Рагимов, А.И. Исследование эпидемиологии эпилепсии в связи с задачами реабилитации больных: автореф. дис. канд. мед. наук. 1986. 25 с.

⁶ Ахмедов Т.М. // Распространенность эпилепсии у детей в республике Азербайджан и перспектива развития эпилептологической службы. // 2013. С.109.

⁷ Магалов Ш.И., Азизова Н.Х., Алекберова С.П., Меликова Ш.Я. Медикаментозное лечение эпилепсии в г. Гяндже: эффективность и неадекватность. // Азербайджанский Психиатрический журнал. 2014. №1(26). Стр. 84-94.

⁸ Магалов Ш.И., Багирова Х.Ф., Меликова Ш.Я., Алекперова С.П. Последствия неадекватного лечения эпилепсии у беременных. // Азербайджанский Психиатрический журнал. 2017; 1 (31): 101-107.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические, клинические, социальные и этнокультуральные характеристики больных эпилепсией в поселке Маштага.

Задачи исследования.

1. Определить показатели распространённости и заболеваемости эпилепсией с учетом пола и возраста среди населения поселка Маштага.
2. Изучить клиническую характеристику, социальные показатели и этнические особенности у выявленных больных эпилепсией.
3. Выявить наиболее вероятные этиологические факторы эпилепсии.
4. Оценить качество диагностики и получаемого лечения больными эпилепсией до и после ее оптимизации.
5. Сопоставить результаты проведенных клинко-эпидемиологических исследований в различных регионах Азербайджана и в других странах.

Разработать практические рекомендации для улучшения медико-социальной помощи больным эпилепсией.

Научная новизна. Впервые в Азербайджане, среди коренного и некоренного населения одного из крупных поселков города Баку, в Маштагах, проведено клинко-эпидемиологическое исследование эпилепсии в соответствии с рекомендациями Международной Противозэпилептической Лиги (ILAE). Определены её показатели заболеваемости и распространенности, получены данные о распределении выявленных больных по полу, возрасту, дебюту и формам эпилепсии, типам припадков, оценена степень тяжести припадков и влияние эмоциональных нарушений на исследуемые факторы. Установлен характер взаимосвязи отдельных составляющих качества жизни пациентов с эпилепсией, выявленных из трех этнических субпопуляций (хунхар, кечан, сеидлер «кварталов» (мехеллелер)) и из некоренных жителей, соответственно. Использованы различного профиля шкалы: NHS3, Ziqmond, QOLIE-10 для определения степени тяжести

припадков, психо - эмоционального уровня, качества жизни пациентов с эпилепсией. Уточнена роль этнического фактора в течении и развитии эпилепсии. Проведен анализ существующей системы учета, качества диагностики, лечения и социальной помощи страдающим различными формами эпилепсии.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Результаты исследования будут иметь большое значение для планирования объема медико-социальной помощи больным эпилепсией и выработке мер по улучшению эпидемиологических показателей по эпилепсии как в регионе, так и в республике в целом. Созданный банк данных больных эпилепсией и внедрение в диагностический минимум практического врача шкал NHS-3, Ziqmond, QOLIE-10, как методы скрининговых исследований, станут основой для качественного выявления пациентов и разработки эффективной системы их учета.

Положения, выносимые на защиту:

1. Эпидемиологические показатели эпилепсии в поселке Маштага города Баку в основном соответствуют таковым в различных странах мира и занимают среднее положение по районам Азербайджана.

2. Эпилепсия среди населения мужского пола в возрасте от 0 до 60 лет в поселке наблюдается сравнительно чаще.

3. Наиболее распространенная форма эпилепсии в поселке Маштага – симптоматическая.

4. Значительное влияние на распространенность идиопатической эпилепсии в поселке оказали наиболее часто наблюдающиеся в местности кровнородственные браки.

5. Оптимизация противоэпилептической терапии позволила добиться положительного результата у 2/3 больных и увеличить число ремиссий в 2.9 раз.

6. Высокая инвалидизация больных эпилепсией в поселке Маштага обусловлена её преимущественно тяжелым течением по причине слабой просвещенности населения об этом заболевании, отсутствия в местном лечебном учреждении соответствующего технического оснащения для своевременной правильной

диагностики болезни и клинического прогнозирования состояния пациентов в динамике.

Апробация и внедрение в практику. Апробация работы проведена на кафедре неврологии Учебно-Терапевтического Корпуса Азербайджанского Медицинского Университета (АМУ).

Результаты исследования внедрены в практику стационарной и амбулаторной неврологической службы Объединенной Городской Больницы № 7 поселка Маштага, используются в лекционном курсе и практических занятиях со студентами и врачами на кафедре неврологии АМУ.

Основные положения диссертации доложены на 4-ом Интернациональном Неврологическом Конгрессе Тюркоязычных Стран (город Баку; декабрь 2019 года), на конференции, посвященной 90-летию Азербайджанского Медицинского Университета (город Баку; декабрь 2020 года), на Международной научной конференции «Теория и практика мирового научного знания в XXI веке»; Россия (Казахстан); 2021., на конференции, посвященной Актуальным Проблемам Медицины в Азербайджане (город Баку; апрель, 2021 год). По теме исследования опубликованы 4 тезиса и 11 статей (в том числе 4 в зарубежных и 1 в местном рецензируемых научных журналах, включенных в SCOPUS, PABMED, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией (ВАК).

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 164 (+6 страниц - приложения) страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, трех глав собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений; иллюстрирована 20 таблицами и 11 рисунками. Указатель литературы содержит 345 источников, из них 28 отечественных (11- на азербайджанском, 15 - на русском и 2- на иностранных языках), 97 российских и 220 зарубежных авторов. Количество знаков в каждой главе диссертации, исключая рисунки, таблицы, список литературы следующее: введение – 10 252 (7 страниц), I –

44 946 (27 страниц), II – 14 660 (11 страниц), III – 52 476 (35 страниц), IV- 21 779 (17 страниц), V- 8 433 (7 страниц), заключение- 28 188 (16 страниц), выводы - 2 871 (2 страницы), практические рекомендации – 1 469 (2 страницы) знаков. Общий объем диссертации – 183 688 (267 554) знаков.

Содержание работы

Материал и методы исследования

Изучение эпидемиологии эпилепсии в поселке Маштага проводилось согласно руководству по проведению эпидемиологических исследований, подготовленном по протоколу Этического Комитета №11 Азербайджанского Медицинского Университета (АМУ) от 29 декабря 2019 года. Работа выполнена в одном из крупных поселков города Баку, в поселке Маштага, на базе Объединенной Городской Больницы (ОГБ) № 7 и на кафедре неврологии Учебно-Терапевтического Корпуса (УТК) Азербайджанского Медицинского Университета (АМУ). Когортное про- и ретроспективное исследование эпидемиологии эпилепсии с учетом этиологических и социальных аспектов проводилось на основании данных обращаемости в амбулаторно-поликлиническое учреждение посёлка за период от 2016 по 2019 годы.

*«Маштага – поселок городского типа в административном подчинении Сабунчинского района города Баку, расположена на севере Апшеронского полуострова в 7 км от Каспийского моря. Данная территория находится в окружении многочисленных посёлков. На северо-западе она соседствует с Кюрдаханой, на севере – Нардараном, северо-востоке – Бильгяхом, востоке – Бузовной, юго-востоке – Биной, юге – Раманой и юго-западе – Забратом. Поселок Маштага занимает территорию в 44 км² (6 га) и является самым крупным поселением Апшеронского полуострова и одним из крупных поселений города Баку».*⁹ *«Название поселка происходит от*

⁹Административно – территориальное деление Азербайджанской Республики.
// Информационный блок, Баку – 2013. Стр. 488 www.sabunchu-ih.gov.az

названия племени «массагет», которое существовало на этой территории с VI - V века до новой эры¹⁰».

На территории исследуемого региона функционируют следующие медицинские учреждения: Объединенная Городская Больница (ОГБ) № 7 с поликлиническим отделением, состоящим в свою очередь, из детского и взрослого отделений; пункт скорой медицинской помощи №14; Республиканская Психиатрическая Больница (РПБ) № 1.

Население, состоящее из коренных и некоренных жителей, представлено, в основном, азербайджанцами. «Представители коренного населения проживают в поселке компактно в трех кварталах (мехелле): хунхар (потомки гуннских тюрков), кечан (потомки массагетов, представители огузских тюрков, поселившихся здесь еще до нашей эры), сеудлер (потомки арабов)». ^{11,12} Браки между представителями этих кварталов и сейчас наблюдаются не часто. Некоренные жители переселились в поселок из различных районов республики.

Всего в популяции было обследовано 288 больных с судорогами. Из них у 197(83.1%) лиц наблюдались различные формы эпилепсии: у 129(54.4%) пациентов отмечалась локализационно – обусловленная (ИЭ в 16(6.8%), СЭ в 113(47.7%) случаях), у 66(27.8%) – генерализованная (ИЭ в 63(26.6%), СЭ в 3(1.3%) случаях) и у 2(0.8%) пациентов генерализованная криптогенная форма. У 40(16.9%) детей (21(8.9%) мальчика, 19(8.0%) девочек) наблюдались фебрильные судороги; у 7 (1.8%) больных наблюдались психогенные не эпилептические припадки, у 1(0.3%) больного – обморок. 22(7.6%) новорожденных с различной степенью тяжести

¹⁰ Бакиханов А.А. Гюлистан - и Ирам. // Б.: Элм. 1991; 304 с. ISBN 3-8066-0236-2.

¹¹ Novruz H.K. Qədim Məşəgə. // Kövsər. 2017. 631s.

¹² Sarabski H.Q. Köhnə Bakı. // Şərq-Qərb. 2006. 144s.

поражения центральной нервной системы и с судорожным синдромом были переведены в Педиатрический Научно-Исследовательский институт имени Фараджевой, у которых в последующем, в течение 2 лет эпилептических припадков обнаружено не было.

Кроме этого, среди общего числа обследованных лиц были больные, проживающие в соседних поселках Апшерона (Рамана, Пиршаги, Махаммедли, Кюрдаханы, Бильгя, Нардаран), но состоящие на учете в поликлиническом отделении поселка Маштага. Среди них у 15(3.9%) больных была выявлена эпилепсия, у 5(1.3%) - психогенные не эпилептические припадки, у 1(0.3%) - фебрильные судороги.

Случаи активной эпилепсии регистрировали по результатам из медицинской документации в местных учреждениях здравоохранения: амбулаторных карт объединенного детского и взрослого поликлинического отделения ОГБ №7, историй болезней стационарных отделений ОГБ №7 и Республиканской Психиатрической Больницы (РПБ) №1, карт регистрации вызовов местной станции скорой медицинской помощи №14. Проводилось (ЭЭГ), (МРТ) и (КТ) исследования. У выявленных больных были изучены степень тяжести припадков (шкала NHS¹³), психоэмоциональный статус (шкала Zigmond¹⁴), качество жизни (опросник «QOLIE-10»¹⁵). Диагноз и семиология типов припадков определялись в соответствии с Международной классификацией эпилепсии и эпилептических синдромов (ILAE) (Нью-Дели, 1989 год), и типов приступов (Киото 1981 год).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 197(83.1%) лиц с различными формами эпилепсии у 129(54.4%) пациентов отмечалась локализационно-

¹³ O'Donoghue M. F., Duncan J. S., Sander J.W.A.S. // National Hospital Seizure Severity Scale (NHS – 3). 1996.

¹⁴ Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. //Acta Psychiatr. Scand. 1983 – Vol.67 – P.361-370; HADS.

¹⁵Cramer J.A. et al. // Quality of Life in Epilepsy-10;1996.

обусловленная (ИЭ в 16(6.8%), СЭ в 113(47.7%) случаях), у 68(27.8%) – генерализованная (ИЭ в 63(26.6%), СЭ в 3(1.3%) случаях) и у 2(0.8%) пациентов КГЭ форма. У 40(16.9%) детей (21(8.9%) мальчика, 19(8.0%) девочек) наблюдались фебрильные судороги; у 7 (1.8%) больных наблюдались психогенные не эпилептические припадки, у 1(0.3%) больного – обморок. Значение распространенности эпилепсии в поселке Маштага на январь 2019 года составило 4.2 человека на 1000 населения.

Наибольшее значение распространенности эпилепсии отмечалось у мужчин в ранней 15-19 лет (14.8/1000), у женщин – в поздних возрастных группах 40-49 лет (5.7/1000), что, возможно, связано с особенностями жизнедеятельности населения.

Следующий раздел работы был посвящен исследованию заболеваемости эпилепсией, уровень которого в поселке Маштага был определен на основании активного выявления вновь заболевших в течение 2016-2019 лет.

Показатели общей заболеваемости в периоде исследования составили от 413.3/100000 в 2016 году до 421.1/100000 населения в 2019 году, а первичной – от 4.4/100000 до 6.4/100000 населения соответственно, что наблюдалось в большинстве зарубежных работ.

В совокупности, значения заболеваемости различались в возрастных группах для всех больных мужского и женского пола. В возрастной группе 15-19 лет отмечался самый высокий уровень первичной заболеваемости эпилепсией (4.9⁰/₀₀), которая постепенно уменьшалась в старших возрастных группах. Пик высокого ее показателя в данной возрастной группе можно объяснить наступлением призывного периода, во время которого молодежь тщательно обследовалась с целью выявления различной имеющейся патологии, в том числе и эпилепсии. Заболеваемость эпилепсией была низкой (0.20⁰/₀₀) в возрастной группе 50-59 лет. Причинами этому могли быть как элиминация больных эпилепсией в популяции с течением времени (миграцией, летальностью, благоприятными исходами

некоторых форм эпилепсии), так и низкая их выявляемость после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в возрасте моложе 60 лет, а также более высокая смертность этих пациентов, особенно страдающих симптоматической эпилепсией. Не исключено также, что многие врачи, в том числе и неврологи, сталкиваясь с возникшим впервые и спонтанно повторяющимся в последующем эпилептическим припадком у больных чаще всего с опухолью мозга, инсультом, энцефалитом, менингитом и черепно-мозговой травмой, ограничиваются назначением противосудорожных препаратов. Этим больным не проводят специального исследования для исключения или подтверждения диагноза симптоматической эпилепсии. Кроме этого, в сельской местности, с ограниченными диагностическими возможностями, имел место и менталитет жителей, предпочитающих обращаться к народным целителям – «чылдагчы¹²».

При исследовании различных форм эпилепсии в популяции поселка Маштага, показатель распространенности СЭ составил 2.6 на 1000 населения. Среди больных из некоренного населения (6.4) он в 3.6 раз был выше, чем среди коренного (1.8). В этнических популяциях показатель распространенности превалировал у больных из кечан мехелле (2.9). В хунхар и сеидлер мехелле он составил по 1.2 на 1000 населения соответственно. По-видимому, причиной сравнительно частой встречаемости СЭ была ЧМТ, которая у больных из кечан мехелле наблюдалась в 6(5.3%), а из некоренных жителей - в 11(9.7%) случаях. Эти данные сопоставимы с приведенными в литературе сравнениями, в которых *«черепно-мозговая травма (ЧМТ), занимающая 30-50% от всех видов травм в мирное время, является ведущим этиологическим фактором*

симптоматической эпилепсии с прогрессирующим течением, с частотой развития от 5% до 20% - 50%¹⁶, ¹⁷».

Показатель распространенности ИЭ в поселке Маштага составил 1,7 случаев на 1000 населения. Распространенность ИЭ среди больных из некоренных жителей поселка (2.3 на 1000 населения) была в 1.5 раз больше, чем среди больных из коренного населения (1.5 на 1000 населения).

Относительно гендерного аспекта, в исследовании численность больных эпилепсией мужского пола в пубертатном периоде (10-14 лет; 15-19 лет) была выше, чем женского и составляла 14(10.8%) мальчиков, 9(6.9%) девочек в возрасте от 10 до 14 лет и 8(6.2%) юношей, 1(0.7%) девушка в возрасте от 15 до 19 лет с локализационно-обусловленной эпилепсией; 5(7.3%) мальчиков, 3(4.4%) девочек; 8(11.7%) юношей, 5(7.3%) девушек с генерализованной эпилепсией ($\chi^2=4.219$; $p=0.040$) ($p<0.05$). Численность больных как фокальной, так и генерализованной эпилепсией женского пола в старшей возрастной группе (60-69 лет) превышало таковую у мужского (1(0.5%) мужчина; 4(5.9%) женщины), ($\chi^2=11,388$; $p=0.181$) ($p>0.05$), что подтверждает данные многочисленных статистических показателей относительно более продолжительной жизни у женщин по сравнению с мужчинами.

Таблица №1.

Гендерные показатели больных локализационно-обусловленной эпилепсией.

¹⁶ Şirəliyeva R.K. Klinik nevrologiya. // Bakı, “MTR Group”. 2015; 328-210. İSBN 978-9952-488-51-7

¹⁷ Одинак М.М., Дыскин Д.Е., Базилевич С.Н., Прокудин М.Ю., Мансур А.А. Особенности структурных поражений головного мозга при постравматической эпилепсии у больных с ранее перенесенной черепно-мозговой травмой различной тяжести. // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. 2009. № 1, прилож. С. 125-126.

население		Локализационно-обусловленная эпилепсия (ИФЭ, СФЭ), n=129			Всего:
		Муж.	Жен.	χ^2 ; p	
житель	коренной	54(42.6%)	20(14.7%)	$\chi^2=8,515$ p=0,004	74(57.4%)
	некоренной	26(20.2%)	29(22.5%)		55(42.6%)
мехеллелер	хунхар	13(10.1%)	10(7.8%)	$\chi^2=5,369$ p=0,068	23(17.8%)
	кечан	34(26.4%)	6(4.7%)		40(31.0%)
	сеидлер	7(5.4%)	4(3.1%)		11(8.5%)

**Таблица №2.
Гендерные показатели больных генерализованной эпилепсией.**

население		Генерализованная эпилепсия. (n=68)			Всего:
		Муж. n=41	Жен. n=27	χ^2 ; p	
житель	коренной	28(67.5%)	23(84.6%)	$\chi^2=2,414$ p=0,120	51(74.2%)
	некоренной	13(32.5%)	4(15.4%)		17(25.8%)
мехеллелер	хунхар	19(70.4%)	14(63.6%)	$\chi^2=2,560$ p=0,278	33(67.3%)
	кечан	3(11.1%)	7(27.3%)		10(18.4%)
	сеидлер	6(18.5%)	2(9.1%)		8(14.3%)

Степень тяжести припадков по шкале NHS3 был высоким у больных из кечан мехелле (27баллов) и у некоренных жителей (20 баллов). Это может быть связано с высокой частотой встречаемости среди них тяжелых последствий перинатальной патологии мозга (родовых травм, гидроцефалий, детского церебрального паралича) что, по-видимому, связано с несвоевременной обращаемостью в период беременности в женскую консультацию, а также - черепно-мозговой травмы. Среди пациентов из хунхар мехелле, лиц со средней степенью тяжести припадков наблюдалось сравнительно чаще (13(39.4%); 5 баллов), чем из кечан (10(29.4%); 9 баллов) и сеидлер мехелле (3(33.3%); 9 баллов), хотя у последних она оценивалась тяжелее.

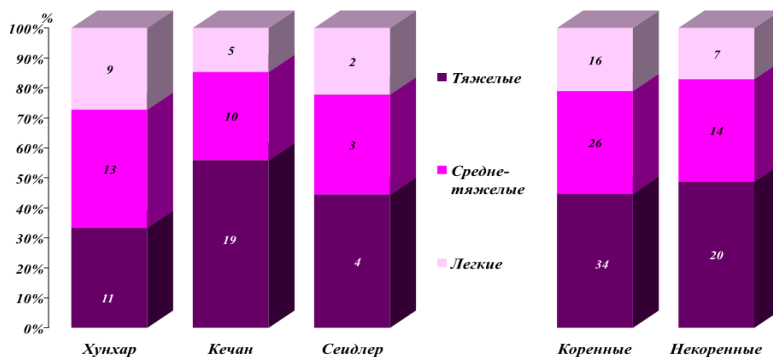


Рисунок 1. Степень тяжести припадков по шкале NHS3

Возможно, это связано со стремлением скрыть заболевание, что характерно в этническом аспекте для коренного населения, а также с самовольной отменой медикаментозного лечения, что чаще наблюдалось среди больных из сеидлер мехелле, и с несвоевременно начатым лечением из-за позднего выявления заболевания. Как известно из результатов многочисленных исследований, идиопатическая эпилепсия, проявляющаяся абсансами, с характерной скудной клинической картиной, часто диагностируется позже, будучи не замеченной родными пациента, до осложнения генерализованными припадками с соответствующей яркой клинической симптоматикой.

Процент необразованности превалировал как среди коренных (17(21.5%)), так и некоренных жителей (11(22.9%)). Численность безработных среди коренного 56(70.9%) и некоренного населения (29(60.4%)) была высокой. Из общего числа инвалидов (113(57.4%)) в нашем исследовании, больных II группы было выявлено больше (54(46.2%) случаев), чем I (10(8.5%)) и III (6(5.1%)).

Психосоциальный статус, определяемый по шкале Ziqmond, у всех пациентов оценивался низко (8.91 ± 0.17 ; $m=5$, $M=13$), причем у больных из некоренных жителей статистически

достоверно ниже ($9,05 \pm 0,30$; $m=6$, $M=13$), чем у коренных ($8,83 \pm 0,21$; $m=5$, $M=12$), ($p=0,046$).

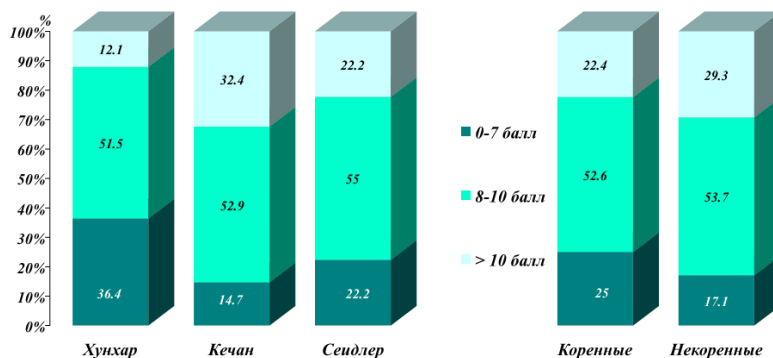


Рисунок №2. Распределение больных эпилепсией по выраженности симптомов депрессии и тревоги.

Среди этнических субпопуляций степень тяжести этого показателя у больных из кечан мехелле ($9,26 \pm 0,33$) был выше, чем из хунхар ($8,39 \pm 0,30$) и сеидлер мехелле ($8,78 \pm 0,66$). При исследовании у большинства пациентов превалировала субклиническая (62(52.9%) случая) и клиническая форма депрессии и тревоги (29(24.8%) случаев). Между пациентами с субклинически (8-10 баллов) выраженными признаками тревоги и депрессии из коренных (46(52.6%)) (21(51.5%) из хунхар, 19(52.9%) из кечан, 6(55%) из сеидлер мехелле) и из некоренных жителей 16(53.7%), значимой разницы в процентном соотношении выявлено не было.

По объективным показателям опросника QOLIE – 10 следует, что КЖ у всех больных в популяции оказалось низким ($27,1 \pm 0,3$). Причиной низкой оценки КЖ явились высокая степень тяжести и частоты припадков, выраженный уровень нарушения психоэмоционального статуса и социальной адаптации больных эпилепсией.

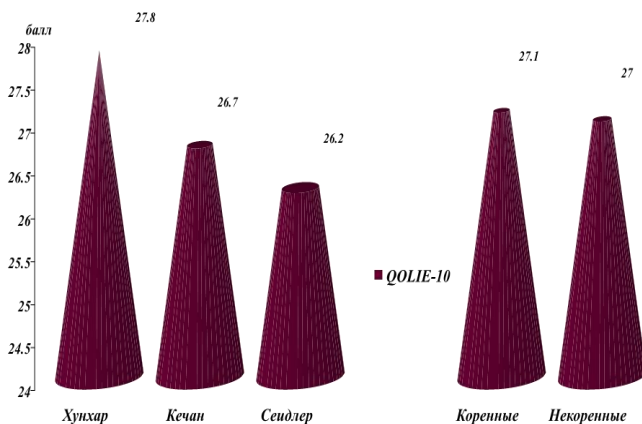


Рисунок 3. Оценка качества жизни больных эпилепсией по опроснику QOLIE-10

На распространенность эпилепсии, а также на ее социальное обременение и особенности клинических проявлений в нашем исследовании оказали влияние определенные этнокультуральные особенности пациентов. Так, в исследованной популяции отдельные формы ИЭ чаще наблюдались среди больных из коренного населения у жителей из хунхар мехелле: РЭ - в 7(12.7%), ДАЭ - в 5(8.6%), ЮМЭ – в 2(3.4%), эпилепсия с изолированными генерализованными припадками – в 24(41.4%) случаях. По гендерным показателям, больных ИЭ женского пола из данного квартала наблюдалось сравнительно больше 8(10.4%). Причиной сравнительно высокого показателя распространенности ИЭ в исследуемой популяции среди больных из хунхар мехелле (2.5), обусловленной вышеперечисленными данными явилась этнокультуральная особенность жителей квартала, которая заключалась в выборе брачной пары внутри своей этнической группы, вследствие чего, процессы гетерозиса т.е. смешивания среди населения, протекали значительно медленно и тем самым способствовали повышению количества гомозиготных пар в квартале с накоплением в ней различных форм ИЭ. *«Высокая степень кровнородственных браков, как одна из этнических*

особенностей населения, стала причиной высокой распространенности ИЭ и среди некоренного населения. Как следует из литературы, в средиземноморских странах (Испания, Италия, Франция), странах Северной Африки, Ближнего Востока, некоторых регионах Южной Индии, а также в Муганской области Азербайджанской республики на показатель распространенности ИЭ значимо повлияла высокая степень встречаемости кровнородственных браков среди населения^{18, 19}».

Очередным примером является попытка сокрытия родителями заболевания у дочери, с целью сохранения возможности выдать замуж, которая способствовала сравнительно высокой степени выявляемости ИЭ среди мужского населения. По результатам многочисленных исследований гендерные показатели больных ИЭ указывают на превалирование женского пола над мужским или на одинаковую выявляемость данной формы эпилепсии среди обоих полов. «В исследовании, проведенном в большинстве стран Азии, а также в республике Конго эпилепсия представляла угрозу для женщин из-за вероятности потерять шанс выйти замуж. В городе Керала на юге Индии, 39% опрошенных граждан назвали эпилепсию помехой для брака, а 55% пациенток скрывали свой диагноз от супруга^{20, 21}».

¹⁸ Акперова Г.А. Исследование нарушений центральной нервной системы и органов чувств у населения Западной зоны Азербайджана. *Современные проблемы науки и образования*. 2009; (3): 9-13.

¹⁹ Сойко В.В. Этнокультуральные факторы патоморфоза психических расстройств при эпилепсии. *Украинский вестник психоневрологии*. 2005;4(45): 65-68.

²⁰ Mukuku O., Nawej P., Bugeme M., Nduu F., Makan Mawaw P., Oscar Numbi Luboya. Epidemiology of Epilepsy in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Neurology Research International*. 2020; 5 p. <https://doi.org/10.1155/2020/5621461>

²¹ Radhakrishnan K, Pandian JD, Santosh Kumar T, Thomas SV, Deetha TD, Sarma PS, D. Jayachandran D, Mohammed E. Prevalence, knowledge, attitude and practice

В периоде исследования, при сборе анамнеза у больных с различными формами эпилепсии проводился опрос и по поводу принимаемого противоэпилептического лечения. После оптимизации 95 (48,2%) больным АЭ терапии и наблюдения за 102 (51,8%) лицами с первоначально назначенным лечением, ремиссия в течение 2 лет наблюдалась

у 116 (58.9%) пациентов (>28 (29,5%) лиц после оптимизации) ($\chi^2=1,376$; $p=0,012$); в течение 6-9 месяцев – у 42 (21.3%) больных (>40 (42,1%) лиц после оптимизации) ($\chi^2=2,328$; $p=0,007$); в общем эффект оптимизации терапии составил 68 (71,6%) случаев; у 39 (19,8%) пациентов эффект отсутствовал ($p=0,039$).

Причинами недостаточно высокого показателя ремиссии припадков могли быть несколько факторов. Например, оптимизация АЭ терапии больным эпилепсией проводилась узким ассортиментом АЭП (карбамазепин, депакин, топепсил, редко – ламотриджин), выдающимся им из поликлиники. Нельзя не учитывать и низкий социально-экономический уклад в поселке (отсутствие предприятий и рабочих мест) с соответствующей трудоустроенностью населения, в том числе и больного, недостаточные материальные возможности которого были непозволительны для широкого использования пролонгированных форм базисных препаратов, АЭП нового поколения. По имеющимся данным из литературы, экономические причины являются частой причиной неполучения адекватной помощи. *«Из 50 миллионов больных эпилепсией в мире 35 миллионов не получают лечение по причине недостатка денег, особенно актуальна это проблема в развивающихся странах, где от 60-90% не получают адекватной терапии»*²².

Таблица №3.

of Epilepsy in Kerala, South India. *Epilepsia*. 2000;41: 1027-1035.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.07.009>

²² Социальные аспекты эпилепсии. // Created by Epilepsy.su. © 2019

Спектр результатов терапии до и после ее ОПТИМИЗАЦИИ.

Виды эпилепсии	Эффективность терапии до и после ее оптимизации n=197				Отсутствие эффекта:
	Ремиссия > 2 лет		Ремиссия 6-9 месяцев		
	до	после	до	после	
ВЭ	17(24.6%)	+11(15.9%)	-	+18(26.1%)	23(33.3%)
ЛЭ	7(18.4%)	-	-	+22(57.9%)	9(23.7%)
ЗЭ	4(100%)	-	-	-	0
ТЭ	-	-	2(100%)	-	0
КГЭ	-	-	-	-	2(100%)
СГЭ	-	-	-	-	3(100%)
ИФЭ	6(42.9%)	+8(57.1%)	-	-	2(14.3%)
ИГЭ	54(85.7%)	+9(14.3%)	-	-	0
Всего:	88(44.7%)	+28(14.2%)	2(1.0%)	+40(20.3%)	39(19.8%)
χ^2 ; p.	$\chi^2=1,376$; p=0,012		$\chi^2=2,328$; p=0,007		$\chi^2=4,125$; p=0,039

На течение эпилепсии, на ее социальное обрамление и особенности клинических проявлений в нашем исследовании оказали влияние определенные этнокультуральные особенности пациентов. Форма выражения религиозных убеждений, которая в виде четкого выполнения установленных религиозных правил положительно отразилась на КЖ больных из хунхар и кечан мехелле, а мистичность в отношении к религии, форма воспитания в семье без поощрения к интеллектуальному развитию и даже запреты по поводу получения образования, способствовали формированию пассивной личности с ограниченными возможностями среди больных из сеидлер мехелле, что отразилось на их КЖ отрицательно. Стремление к сохранению брака позитивно, сокрытие болезни же негативно повлияло на КЖ больных из всех этнических групп в исследуемой популяции.

Была изучена также роль этнокультурального фактора на развитие эпилепсии в регионе. В периоде исследования нами наблюдался больной, эпилептические припадки которого были спровоцированы основным заболеванием, которое, в свою

очередь, в отличие от эпилепсии, имело доказательные этнические предпосылки. В нашем случае этой болезнью явилось заболевание, связанное с именем турецкого дерматолога Хулуси Бехчета, обнаруженное в качестве этиологического фактора у одного пациента в исследуемой популяции из хунхар мехелле с эпилептическими припадками.

По литературным источникам известно, что заболевание имеет четкую географически обоснованную распространенность. Будучи одним из редких заболеваний, «...болезнь Бехчета чаще встречается у людей, живущих на Ближнем Востоке, в бассейне Средиземного моря и в Японии. В 1986 году S. Ohno опубликовал данные о том, что болезнь чаще всего встречается среди азиатского и европейского населения, проживающего между 30⁰ и 45⁰ широтами, то есть в географической зоне Шёлкового пути. Отсюда и происходит второе название этого тяжелого недуга - болезнь «Шёлкового пути».²³ Самая высокая его распространенность зарегистрирована в Турции и составляет по разным данным от 80 до 420 на 100 тыс. населения. Реже всего заболевание встречается в североевропейских странах (2 на 100 тыс.) и Северной Америке (4 на 100 тыс.). По литературным данным, этнический состав заболевших неоднороден: среди 250 пациентов с болезнью Бехчета 23,2% составляли русские, 21,6% – выходцы из Дагестана, 12,8% – из Азербайджана, 14,4% – из Армении, 8,8% – из Чечни, 19,2% – из других регионов. Характерная избирательность болезни Бехчета в отношении пола, заключающаяся в преимущественном преобладании среди страдающих лиц на Среднем Востоке мужчин – 3,8:1 (Израиль), 5,3:1 (Египет), 3,4:1 (Турция), а в Германии, Японии, США в основном - женщин (5:1), а также наличие в клинической симптоматике

²³ Алекберова З.С., Калашникова Л.А., Решетняк Т.М. и др. Неврологические проявления болезни Бехчета: обзор литературы и описание собственного наблюдения. *Неврологич. жур.*, 2001, 6, 8-13

неврологических проявлений, в том числе и эпилепсии чаще у лиц мужского пола, в отличие от женского, для которой характерна кожная симптоматика (узловатая эритема, псевдо фолликулиты)»^{24, 25, 26}, дает возможность предположить, что нейроны головного мозга жителей средне - восточной популяции сильнее подвержены развитию эпилепсии, чем европейской и американской популяций.

По данным из мировой литературы, исследования относительно этнических особенностей популяций в области эпилепсии немногочисленны. «Из 318 клинических исследований последних лет в 6.6% лишь сообщается о расовой принадлежности участников исследования, и только в 1,9% предпринята попытка проанализировать этнические особенности популяций»²⁷. По результатам исследования гендерных показателей жителей США заболеваемость эпилепсией у европеоидной расы мужского пола в 1.3-2.2 раза, у женского пола - в 1,4-1,7 раза ниже, чем в других расах. Имеются данные о значительной распространенности данного заболевания среди чернокожих во всех возрастных группах, коренных американцев и пожилых латиноамериканских

²⁴ De Albuquerque PR, Terreri MT, Len CA, Hilario MO. Behcet's disease in childhood. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2002; 78 (2): 128–132.

²⁵ Bahabri SA, al-Mazyed A, al-Balaa S, el-Ramahi L, al-Dalaan A. Juvenile Behcet's disease in Arab children. *Clin Exp Rheumatol*. 1996, May–Jun; 14(3): 331–335

²⁶ Oho С., Болезнь Бехчета в мире. В «Последние достижения в болезни Бехчета» (Т. Ленер и К. Г. Барнс, ред.), *Королевское общество медицинских услуг, Лондон*, 1986. стр. 181-186

²⁷ Haerer A.F. Prevalence and clinical features of epilepsy in a biracial United States population. // *Epilepsia*, 1986; 27(1), 66-75.

мужчин, по сравнению, с белыми, с латиноамериканцами в возрасте 20-59 лет и не испаноязычными индивидами. Кроме того, среди не белокожего населения США распространенность эпилептического статуса выше во всех возрастных группах, и показатели известных факторов риска эпилепсии, таких как диабет, инсульт и депрессия у них более высокие. Языковые различия, факторы акультурализации, стигма и отражение «эффекта здорового иммигранта» способствовали превалированию численности больных, склонных к активной эпилепсии из неиспанской белой этнической группы, над больными из латиноамериканской группы на границе Аризоны и Мексики. В самом большом исследовании *«распространенности эпилепсии в расовом отношении, проведенном в округе Копия, штат Миссисипи (США), при оценке его показателя среди 23 957 больных эпилепсией, было выявлено, что скорректированная по возрасту распространенность, была выше среди афроамериканцев (8,2 на 1000 человек) по сравнению с кавказцами (5,4 на 1000 человек)»*. Исследование, проведенное в Великобритании, выявило, что *«распространенность активной эпилепсии в странах Южной Азии и в выборке африканских стран к югу от Сахары, ниже (3,6 на 1000 населения), чем среди лиц, не являющихся выходцами из Южной Азии (7,8 на 1000 населения)»*.²⁸

Исследование эпилепсии в популяции города Кызыла Тувинской республики выявило *«меньшее количество припадков и более благоприятное течение эпилепсии у коренного населения (тувинцев), по сравнению с не коренным*

²⁸ Mac TL, Tran DS, Quet F, Odermatt P, Preux PM, Tan CT. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. // Lancet Neurol. 2007. 6(6). P.533-43.

(русскими)». ²⁹ «В Удмуртской Республике показатель распространенности эпилепсии составил 1,7 случая на 1000 населения. Однако в сопоставляемых этнических субпопуляциях аналогичный показатель был зарегистрирован лишь в славянской (1,6 на 1000) и тюркской (1,8 на 1000) группах населения. «Среди финно-угоров распространенность данного заболевания оказалась в 1,4 раза выше и составила 2,3 на 1000 лиц финно-угорской национальности». ³⁰ «В исследовании, проведенном в восточной и северо-восточной Сибири среди больных из трех этнических групп (русских, тувинцев и якутов), относительная транспортная изолированность регионов, способствующая формированию региональных генетических изолятов, явилась причиной низкой распространенности эпилепсии среди детей и подростков в якутской этнической группе». ³¹

Результаты проведенных исследований показывают, что латиноамериканцы имеют самый высокий риск развития эпилепсии, за ними следуют афроамериканцы, а затем кавказцы. Также на показатель распространенности эпилепсии могли повлиять кровнородственные браки (больные из хунхар мехелле) и вид населения в изучаемой популяции. Примером

²⁹ Монгуш Х.Д. Материалы эпидемиологического исследования эпилепсии в популяции г. Кызыла. // Бюллетень сибирской медицины: Материалы 4-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии». – Томск. 2008. №7. С.61-63.

³⁰ Каменщиков Ю.Г., Лекомцев В.Т., Невоструева Е.О. Структурно-динамический анализ не психотических психических расстройств у больных эпилепсией в этнокультуральном аспекте // Тр. ИГМА. Ижевск: Экспертиза. 2003. – Т. XVI. - С. 270-271.

³¹ Дмитренко, Д.В., Шнайдер, Ю.Б. Этнические аспекты носительства полиморфизмов гена CYP2C9 у детей и подростков с эпилепсией в Восточной и Северо-Восточной Сибири. // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2. С. 24-28.

может служить различный уровень распространенности эпилепсии в разных исследованиях у больных из коренных жителей (финно-угорцы, тувинцы, якуты, крымские татары) и у мигрантов (русские, славяне, турки). И наконец, не исключены конституциональные (антропометрические) факторы (атлетическое телосложение и пол у больных эпилепсией из хунхар мехелле с высоким % (66,7% среди коренных и 50,6% среди всех больных ИЭ) идиопатических форм, а также географические предпосылки (30⁰ широта обоих континентов), возможно, формирующие взаимосвязь **развития** эпилепсии с этническим фактором, чему свидетельствует наибольшая подверженность нейронов головного мозга у азиатов мужского пола на северо – востоке великого Шёлкового пути и латиноамериканцев Южной Америки.

ВЫВОДЫ

1. Согласно результатам проведенного исследования, показатель первичной заболеваемости эпилепсией в поселке Маштага города Баку за 2016-2019 годы составил от 4.4/1000000 (2016) до 6.4 случаев (2019) на 100000 населения, а общей – от 413.3/100000 (2016) до 421.1/100000 населения. Распространенность эпилепсии составила 4.2 случая на 1000 населения. Наибольшее значение ее распространенности отмечалось у мужчин в ранней 15-19 лет (14.8/1000), у женщин – в поздних возрастных группах 40-49 лет (5.7/1000). [2, 7, 13]
2. Среди обследованных 197 больных эпилепсией (121 (61,4%) мужчин, 76 (38.6%) женщин): [10, 15]
 - а) большая часть приходилась на долю локализационно – обусловленных эпилепсий - 129 человек (65.4%) (ИФЭ - в 16(6,8%), СФЭ - в 113 случаях (47.7%)). Генерализованной эпилепсией страдали 68 больных (33.5%) (ИГЭ – в 63(92,6%), СГЭ – в 3(4,4%) и КГЭ – в 2(2,9%) случаях); [4, 5, 6]
 - б) социальный статус был низким вследствие высокого процента не трудоустроенных пациентов, лиц с не полным

средним образованием и с отсутствием начального образования; был высоким % инвалидности (чаще II степени), численность семейных превышала таковую одиноких; [1, 8]

в) форма выражения религиозных убеждений и воспитания в семье, стремление к сохранению брака, случаи сокрытия заболевания, наличие кровнородственных браков, как элементы этнокультуральных особенностей, повлияли на **течение** эпилепсии. Пол (мужской), географическое расположение (30⁰ широта), конституциональные особенности (атлетическое телосложение), предположительно, могли оказать влияние на **развитие** эпилепсии в регионе. [3, 9, 12]

3. Среди этиологических факторов ведущими были ППМ 71 (61.9%), ЦВП 19 (16.8%) и ЧМТ 18 (15.9%). У большинства больных наблюдались частые припадки, среди видов припадков - вторично-генерализованные 39 (34.5%) лиц. В структуре генерализованных эпилепсий преобладали идиопатические формы 63(92.6%) случая, из них ИГЭ - в 50(79.4%) случаях. Среди абсансных форм чаще наблюдалась ДАЭ 7(11.1%). [5, 6, 13]
4. После оптимизации 95 (48,2%) больным АЭ терапии и наблюдения за 102 (51,8%) лицами с первоначально назначенным лечением, ремиссия в течение 2 лет наблюдалась у 116 (58.9%) пациентов (>28 (29,5%) лиц после оптимизации); в течение 6-9 месяцев – у 42 (21.3%) больных (>40 (42,1%) лиц после оптимизации); в общем эффект оптимизации терапии составил 68 (71,6%) случаев; у 39 (19,8%) пациентов эффект отсутствовал. [11, 14]
5. Эпидемиологические показатели в поселке Маштага в пределах республики схожи с таковыми в Гяндже (4,48/1000) и Губе (4,79/1000), но несколько ниже, чем в Астаре (6,53/1000), Шаруре (7,75/1000), Лерике (8,04/1000) и Ордубаде (9,19/1000). За пределами страны эти показатели выше, чем в сельском районе Мордовской АССР с

населением в 40 тысяч человек (2/1000), но ниже, чем в сельской местности в Пакистане (14,8 /1000) и в Турции (8,8 /1000). [7, 13]

Практические рекомендации

1. Для достижения эффективности существующей системы учета больных, применяемых видов терапии, реабилитационных мероприятий и определения необходимого объема оказываемой медикаментозной и психоневрологической помощи пациентам в регионе необходимо создание эпилептологического центра – как специализированного звена в неврологии для больных эпилепсией.
2. Следует повысить качество проводимых санитарно-просветительских работ среди населения врачами, своевременно лечить соматические патологии женщин репродуктивного возраста и девочек – будущих матерей, налаживать диспансерное наблюдение беременных в поселке.
3. Рекомендуется внедрить в диагностический минимум врача – невролога и эпилептолога шкал NHS-3, Ziqmond, QOLIE-10, как методов скрининговых исследований для качественного выявления пациентов.
4. Усовершенствовать техническое оснащение в местном медицинском учреждении, создать рабочие места в поселке, пропагандировать пользу образованности. Это позволит своевременно и качественно диагностировать заболевание, повысит численность трудоустроенных, снизит % инвалидности, что положительно скажется на государственном бюджете страны.
5. Продолжать проводить популяционные исследования, изучающие влияние генетического фона и географического происхождения на фенотип эпилепсии. Это определит возможность этнического происхождения заболевания,

которое может ускорить и уточнить выявляемость больных и повысить вероятность их излечения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи и тезисы:

1. Качество жизни и психоэмоциональное состояние больных с височной эпилепсией / Магалов Ш.И., Халилова Д.М., Асадова У.А. // Журнал психиатрии Азербайджана. – 2019.-№ 2(34). – стр. 120-132.
2. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с височной эпилепсией / Магалов Ш.И., Меликова Ш.Я., Асадова У.А. // Национальный Научно-практический журнал Неврологии; №2: (16); 2019; стр. 68-76.
3. Роль этнического фактора в оценке качества жизни у больных эпилепсией в поселке Маштага. / Магалов Ш.И., Халилова Д.М., Асадова У.А. // Современные достижения медицины Азербайджана. – 2020. - № 1. – стр. 237-244.
4. Исследование эпидемиологии симптоматической эпилепсии в поселке Маштага. / Асадова У.А. // Современные достижения медицины Азербайджана. - 2020.- №4. – стр. 81-89.
5. Клинико – эпидемиологическая характеристика локализационно - обусловленных эпилепсий в поселке Маштага. / Ш. И. Магалов, У. А. Асадова. // Азербайджанский Медицинский Журнал. - 2021 - №1. – стр. 135-144.
6. Эпидемиология идиопатической эпилепсии в поселке Маштага. / Асадова У.А. // Сагламлыг. - 2021. - №6- стр. 121-129.
7. Эпидемиологическое исследование эпилепсии в поселке Маштага Азербайджанской Республики. / Ш. И. Магалов, У. А. Асадова, Ш.Я. Меликова. // Вестник современной клинической медицины. - 2021. – (14) №2-. Стр. 32-39

8. Исследование качества жизни у больных эпилепсией в многонаселенном регионе города Баку. / У. А. Асадова. // *Clinical Neurology and Neuroscience, Science PG*; 2021, vol. 5 (2), p. 35-40.
9. Эпилепсия при болезни Бехчета. Обзор литературы. Клинический случай. / Ш. И. Магалов, У. А. Асадова. // Национальный Научно-практический журнал Неврологии; №1: 2021.
10. Гендерные аспекты локализационно-обусловленной и генерализованной эпилепсии в поселке Маштага. / У. А. Асадова, Ш. И. Магалов. // *Клиническая медицина*. - 2021. – (99) №2, стр. 121-125
11. Медикаментозное лечение эпилепсии в многонаселенном пригородном поселке города Баку. / У. А. Асадова // *London Journal of Medical and Health Research*; (2021).
12. Роль этнического фактора в оценке качества жизни у больных эпилепсией в поселке Маштага. / Магалов Ш.И., Халилова Д.М., Асадова У.А. // *Национальный Научно-практический журнал Неврологии*; №2: (16); 2019; стр. 109-110.
13. Клиническая характеристика эпилепсии в поселке Маштага. / Магалов Ш. И., Алиев З. М., Алекперова С. П., Асадова У. А. // *Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию Азербайджанского Медицинского Университета*. Баку; 2020. Стр. 230-231.
14. Medical treatment of epilepsy in a populous suburban village of Baku. / Asadova U.A. // *Международная научная конференция «Теория и практика мирового научного знания в XXI веке»*; Россия (Казахстан); 2021.
15. Гендерные аспекты локализационно-обусловленной и генерализованной эпилепсии в поселке Маштага. / Асадова У. А. // *сборник материалов конференции, посвященной актуальным проблемам медицины*; 2021.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИЭ	- идиопатическая эпилепсия
СЭ	- симптоматическая эпилепсия
ИГЭ	- идиопатическая генерализованная эпилепсия
СГЭ	- симптоматическая генерализованная эпилепсия
ИФЭ	- идиопатическая фокальная эпилепсия
СФЭ	- симптоматическая фокальная эпилепсия
МСВД	- медиальный склероз височной доли
СЭВД	- семейная эпилепсия височной доли
ППМ	- перинатальная патология мозга
ЦВП	- цереброваскулярная патология
ЧМТ	- черепно-мозговая травма
НИ	- нейроинфекция
РС	- рассеянный склероз
ББ	- болезнь Бехчета
ПЭП	- противоэпилептические препараты

Защита диссертации состоится « _____ » _____ 2021 года в _____ на заседании Диссертационного совета BFD 4.07, действующего на базе Азербайджанского Медицинского Университета.

Адрес: AZ 1022, г. Баку, ул. А. Гасымзаде, 14 (конференц-зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского Медицинского Университета.

Автореферат разослан по соответствующим адресам « _____ » _____ 2021 года.

Подписано в печать: 2.07.2021
Формат бумаги: 60 x 84 1/16
Объём: 36 104 знаков
Тираж: 70