

Организация детской эпилептологической службы в Томской области

Краева Л.С.¹, Алифирова В.М.²

Organization of children epileptological service in Tomsk Region

Krayeva L.S., Alifirova V.M.

¹ Консультативно-диагностическая поликлиника областной детской больницы, г. Томск

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Краева Л.С., Алифирова В.М.

В статье проведен анализ работы детского эпилептологического кабинета за 2002—2007 гг. Определены задачи кабинета, выделены группы детей, находящихся на учете в кабинете. На примере 650 больных эпилепсией детей, состоящих на учете, показано преобладание фокальных симптоматических или вероятно симптоматических форм (62,2%). Идиопатические генерализованные эпилепсии составили 13,3% с преобладанием детской абсансной эпилепсии — 39,8%. Эпилептические энцефалопатии составили 3,46% от числа всех эпилепсий с преобладанием синдрома Веста — 64,3%. В лечении монотерапия использовалась в 75% случаях, на политерапии находились 25% детей.

This article shows the analysis of working of the child epileptological room for 2002—2007. The goals of the room are determinate, the groups of the children, examined in the room and being registrating, are selected. Learning the example of 650 children with epilepsy, who are registrating, we found out the domination of focal symptomatic or probably symptomatic form (62,2%). Idiopathic generalized epilepsies made 13,3% with predominance of child absence epilepsies — 39,8%. Epileptic encephalopathy made 3,46% with predominance of West syndrome — 64,3%. In treatment monotherapy were used in 75% of cases, the polytherapy took 25%.

Выделение детской эпилептологии в самостоятельную дисциплину, создание во многих странах специализированных центров стали результатом грандиозных успехов в изучении природы эпилепсии, разработки методов диагностики и лечения.

Эпилепсия — это гетерогенная группа заболеваний, среди которых есть как доброкачественно текущие, так и прогностически неблагоприятные формы.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний нервной системы [1, 3]. По данным ВОЗ, эпилепсией страдает около 1% детской популяции и 7% детей переносят хотя бы один приступ в течение жизни.

Наиболее часто эпилепсия встречается у детей до 15 лет [2]. В 14—37% случаев эпилепсия сочетается с умственной отсталостью, что усугубляет инвалидизацию [4].

Появление на рынке новых лекарственных препаратов, интенсивное развитие хирургического лечения эпилепсии уже сегодня обеспечивает удовлетворительный эффект терапии в 85% случаев.

При современном уровне знаний необходимо наличие специализированных кабинетов и центров. Специализированный прием детей, страдающих эпилепсией, был начат на базе консультативно-диагностической поликлиники областной детской больницы г. Томска в 2002 г.

В задачи эпилептологического кабинета входит:

1) оказание специализированной консультативно-диагностической помощи детскому населению г. Томска и Томской области путем проведения комплексного обследования и лечения детей с пароксизмальными состояниями;

2) проведение научных исследований по проблеме детской эпилепсии;

3) осуществление диспансерного наблюдения за больными эпилепсией с целью своевременного и адекватного контроля за эффективностью лечения;

4) анализ эффективности реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения детей с пароксизмальными состояниями;

5) оказание консультативной и методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям области;

6) создание регистра больных эпилепсией детей.

Всего с 2002 по 2008 г. было взято на учет 810 человек. Снято с учета 160 человек, из них 76 пациентов с ремиссией, 74 переведены во взрослую сеть, 10 выбыли по другим причинам.

Состоят на учете 650 детей с установленным диагнозом эпилепсии.

По данным исследований, среди больных эпилепсией в возрасте до 15 лет симптоматические парциальные эпилепсии составляют абсолютное большинство — 71% и одинаково часто наблюдаются в разных возрастных группах [2].

Среди состоящих на учете в кабинете преобладают больные с фокальными формами, при этом фокальные симптоматические и вероятно симптоматические эпилепсии составили 62,2% (504 человека) (рис. 1).

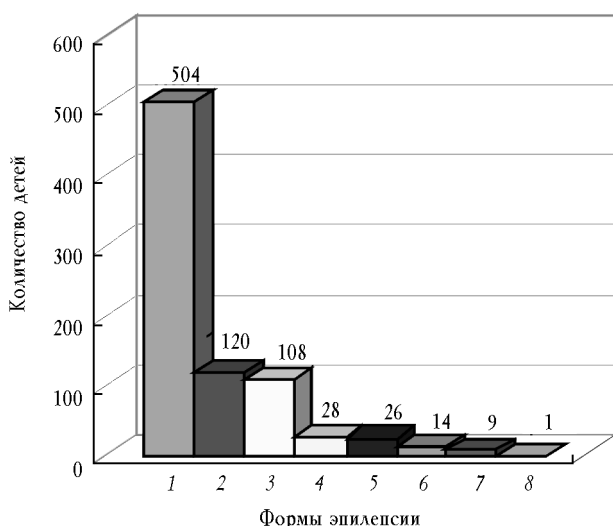


Рис. 1. Формы эпилепсии: 1 — фокальные симптоматические и крипто; 2 — фокальные идиопатические; 3 — генерализованные идиопатические; 4 — эпилептические энцефалопатии; 5 — неуточненные; 6 — рефлекторные эпилепсии; 7 —

фокальные аутодоминантные; 8 — прогрессирующая миоклоническая семейные

Фокальные идиопатические формы эпилепсии составили 14,8% (120 человек). В этой группе преобладала роландическая эпилепсия — 69,2% (83 ребенка).

Идиопатические генерализованные эпилепсии составили 13,3% (108 человек). Среди генерализованных форм преобладала детская абсансная эпилепсия — 39,8% (43 ребенка), ювенильная абсансная — 21,3% (23 человека). Ювенильная миоклоническая и эпилепсия с изолированными ГСП составили по 17,6% (по 19 детей) (рис. 2).

Эпилептические энцефалопатии составили 3,46% (28 детей) с преобладанием синдрома Веста — 64,3%.

В 3,2% случаев уточнить форму эпилепсии не представлялось возможным.



Рис. 2. Распределение пациентов по формам эпилепсии

Подбор лечения проводился в соответствии с рекомендациями ILAE.

На монотерапии находилось 434 (75%) ребенка: вальпроаты назначались в 78% случаев (338 детей), карбамазепины — в 20% (84 ребенка). На политерапии находилось 125 (25%) детей.

При наблюдении дети разделялись на группы:

1) с резистентными формами эпилепсии, требующими постоянного контроля и коррекции терапии;

2) со стабильным течением заболевания и редкими приступами;

Материалы 5-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии»

3) с впервые возникшими приступами, требующими обследования и подбора терапии;

4) больные, находящиеся в ремиссии, требующие контроля 1 раз в 6—12 мес;

5) с неэпилептическими приступами, требующими уточнения диагноза.

Как показывает опыт работы, только при всестороннем обследовании и пролонгированном наблюдении у специалиста можно добиться выздоровления, стойкой ремиссии или контроля над приступами при сохранении или улучшении качества жизни больного, предупредить дез-

адаптацию и инвалидность, оптимизировать затраты на лечение.

Литература

1. *Бориневич В.В., Авербах Я.К., Галкин В.А. и др.* Актуальные проблемы эпилепсии. М., 1967. С. 389—398.
2. *Диагностика и лечение эпилепсии у детей* / Под ред. П.А. Темина, М.Ю. Никаноровой, «Можайск-Терра», 1997. С. 21; 225.
3. *Гехт А.Б., Бурд Г.С., Селихова М.В. и др.* // Журн. неврологии и психиатрии. 1998. № 7. С. 4—3.
4. *Goulden K.J., Shinnar S., Koller H. et al.* Epilepsy in children with mental retardation: a cohort study // *Epilepsia*. 1991. V. 32. P. 690—697.