

УДК 614.2: 616.853

**ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО
КАБИНЕТА ПО ЛЕЧЕНИЮ
ЭПИЛЕПСИИ И ДРУГИХ
ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ
НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

Данилова Екатерина Владимировна
невролог
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия*

В статье приводится анализ работы городского кабинета специализированного приема пациентов с эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза, созданного в 2006 году, в котором наблюдаются 1448 человек.

Ключевые слова: ЭПИЛЕПСИЯ,
ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ
НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

UDC 614.2:616.853

**THE EXPERIENCE OF CITY
DOCTOR'S CONSULTING ROOM IN
TREATMENT OF EPILEPSY AND
OTHER NON-EPILEPTIC
PAROXYSMAL CONDITIONS**

Danilova Ekaterina Vladimirovna
neurologist
*City Hospital # 2 (KMMDA), Krasnodar,
Russia*

1448 patients with epilepsy and other non-epileptic paroxysmal conditions were examined in city doctor's consulting room in 2006. The results of the therapy are discussed.

Keywords: EPILEPSY, NON-EPILEPTIC
PAROXYSMAL CONDITIONS.

По данным ВОЗ, эпилепсия является распространенным неврологическим расстройством, которому в мире подвержено более 50 млн. человек [1]. В развитых странах ее распространенность колеблется от 1,5 до 18 человек на 1000 населения, а в некоторых развивающихся странах превышает 30 на 1000 населения. Социальная значимость этого заболевания определяется высоким процентом инвалидизации пациентов [2]. По данным мировой статистики ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией составляет в среднем 70 на 100 000 населения. В докладе комиссии Международной лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE) за 1998 год указывается, что обострение заболевания длится в среднем 10

лет, значительное число пациентов (20-30%) пациентов страдает эпилепсией всю жизнь. Предположительное расчетное количество больных эпилепсией в Краснодаре составляет 5-7 тысяч человек.

Городской кабинет по специализированному приёму пациентов с эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза (в дальнейшем кабинет по лечению пароксизмальных состояний, КЛПС) был создан на базе неврологического центра СКАЛ в июле 2006 года.

Одним из важных аспектов реабилитации данной категории больных является организация комплексной медицинской помощи, учитывая, что основное лечение больные эпилепсией получают в амбулаторных условиях. В МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО» реализованы важные звенья помощи больным эпилепсией, входящие в международные стандарты. Международная противэпилептическая лига (ILAE) предлагает объем специализированной лечебно-консультативной помощи в амбулаторных и стационарных условиях, включающий электроэнцефалографию (ЭЭГ), в том числе ЭЭГ с фоновой записью в течение 20 минут в первой половине дня; проведение нагрузочных проб, таких как запись натошак; проведение повторной фотостимуляции после гипервентиляции; запись ЭЭГ сна после предшествующей депривации; ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных артерий головы и шеи; проведение компьютерной томографии (КТ) и магниторезонансной томографии (МРТ); контроль антиэпилептических препаратов (АЭП) в крови (в настоящее время производится определение уровня вальпроатов); полное соматическое обследование с консультацией смежных специалистов (нейрохирург, кардиолог, ревматолог, эндокринолог, гинеколог, психотерапевт и др.).

Основными задачами КЛПС являются: дифференциальная диагностика эпилептических приступов и других пароксизмальных состояний при различных заболеваниях нервной системы и соматической патологии; комплексное обследование с целью уточнения формы приступов и их этиологии; подбор противосудорожной терапии и динамическое наблюдение пациентов, получающих противоэпилептическую терапию; медико-социальная реабилитация пациентов с эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями; проведение экспертизы лицам допризывного и призывного возраста.

Прием в КЛПС осуществляется по направлениям неврологов районных поликлиник города и края, врачей отделений стационара городской больницы №2 и профильных центров поликлиники СКАЛ, акушеров-гинекологов женских консультаций города и края, а также в порядке предоставления платных услуг.

Кабинет принимает на консультации и лечение лиц, достигших 18-летнего возраста. Медицинскими показаниями к направлению больных на консультацию и лечение являются: инициальная (впервые выявленная) эпилепсия и другие впервые возникшие пароксизмальные состояния; эпилепсия, резистентная к лечению; эпилептический синдром неустановленной этиологии; неклассифицированные и неуточненные пароксизмальные состояния с нарушениями сознания, поведения, вегетативные кризы, приступы головокружения, мигрень и другие пароксизмальные головные боли, расстройства сна; динамическое наблюдение пациентов, получающих противоэпилептическое лечение, для оценки его эффективности и безопасности.

При направлении на консультацию в кабинет пациенту необходимо иметь при себе: направление на консультацию от участкового терапевта,

невролога, акушера-гинеколога или психиатра с указанием диагноза и цели консультации, амбулаторную карту или выписку из истории болезни с указанием результатов проводившихся ранее обследований (электроэнцефалография, эхоэнцефалоскопия, компьютерные и МР-томограммы, заключение окулиста; клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, результаты флюорографии и ЭКГ) и описанием проводимой в настоящее время медикаментозной терапии с суточной дозировкой препаратов; паспорт; полис обязательного или добровольного медицинского страхования.

Регламент работы складывается из предварительной записи к врачу-эпилептологу, которая проводится при наличии у больного вышеперечисленных документов в регистратуре поликлиники СКАЛ или по телефону. На каждого пациента, обратившегося в кабинет, заводится амбулаторная карта и заполняется статистическая страничка как один из разделов электронной истории болезни. В случае необходимости проводится дообследование и лечение пациента в условиях неврологического центра СКАЛ или другого профильного центра. Заключение с рекомендациями выдается пациенту на руки при выписке из центра. По наличию показаний пациент может быть госпитализирован в стационар.

За время функционирования КЛПС всего пролечено и принято в консультативном порядке 1448 человек: в 2006-2007 годах – 519 человек; в 2008 года – 661 человек; за первую половину 2009 года - 268 человек. Диагноз разного вида эпилепсий подтвержден в 80%; изменен в 14,4%; исключен в 5,6% случаев.

Среди пациентов, обратившихся в КЛПС в 2008-2009 годах, идиопатические эпилепсии диагностированы в 149 случаях (21,2%); криптогенные и симптоматические в 446 случаях (62,7%);

алкогользависимые припадки у 24 пациентов (3,3%); впервые возникшие судорожные приступы у 59 пациентов (8,4%); опухоли головного мозга у 7 больных (0,9%). У одной пациентки генерализованными эпилептическими приступами манифестировала опухоль поджелудочной железы – инсулинома. Диагноз впоследствии был верифицирован данными патоморфологического исследования интраоперационного материала. У большинства больных диагностированы фокальные приступы с вторичной генерализацией (67,62%) и генерализованные припадки (21,38%). Частота (в %) различных форм приступов отражена на рис. 1.

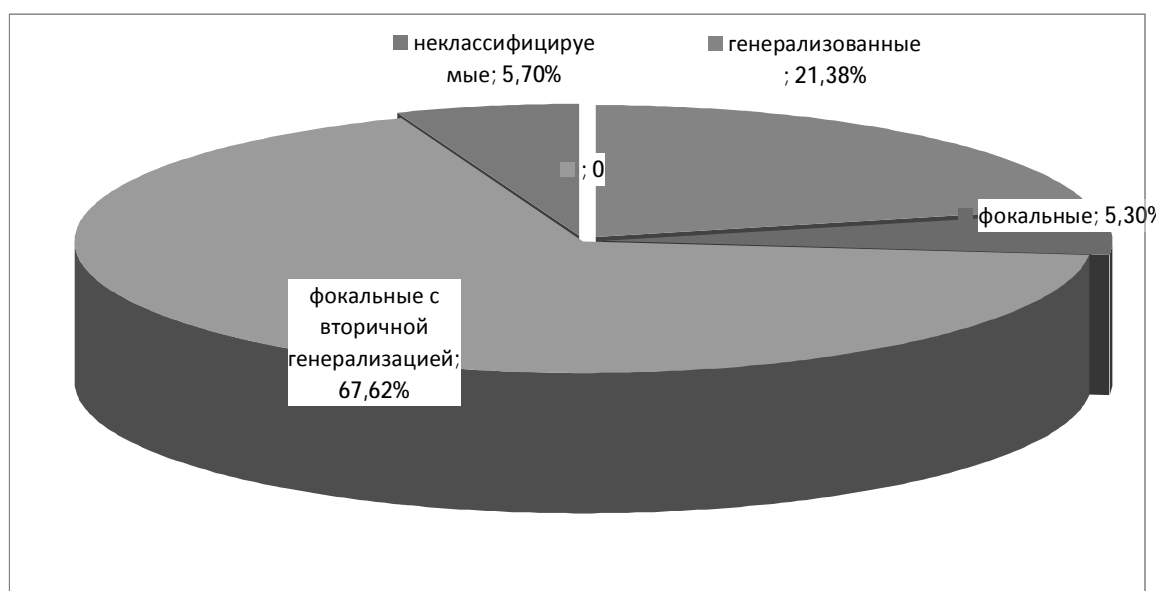


Рисунок 1 - Распределение пациентов, наблюдающихся в городском кабинете по лечению эпилепсии и других пароксизмальных состояний неэпилептического генеза, по типам приступов.

Анализ работы КЛПС свидетельствует, что значительное число пациентов (75%) получает монотерапию, 25% - политерапию различными комбинациями противосудорожных препаратов. При назначении монотерапии в основном используются базовые препараты: вальпроаты, «азепины», топирамат, значительно реже рекомендуются барбитураты.

На рис. 2 представлено распределение пациентов по виду назначенного препарата в монотерапии.

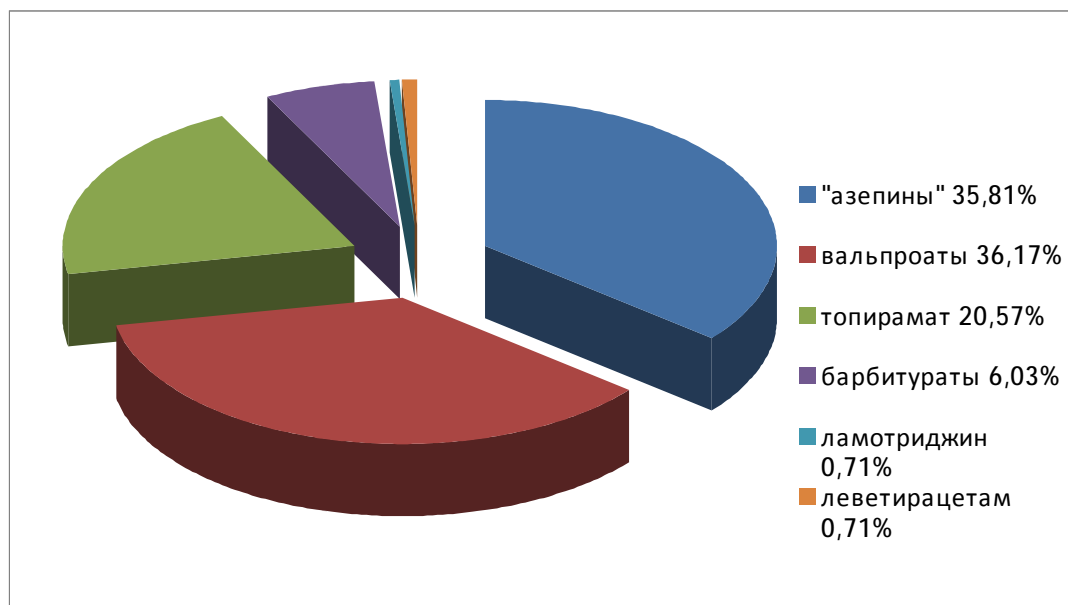


Рисунок 2 - Распределение пациентов по виду монотерапии противоэпилептическими препаратами

Анализ результатов лечения за 2008 год (661 пациент) выявил, что ремиссию припадков продолжительностью от года до трех лет имеют 46 человек (7%), более трех лет - 15 человек (2,2%). Разная степень урежения приступов отмечена у 405 человек (60%), ухудшение - у 22 человек (3,3%).

Особое внимание привлекает группа больных со стойкими ремиссиями приступов, что позволяет решать вопрос об их реабилитации. У части пациентов начата отмена противоэпилептической терапии, у ряда больных она уже отменена и пациенты находятся под наблюдением без лечения с целью определения стойкости наступившей ремиссии заболевания. Вопрос об отмене противоэпилептической терапии или снижении суточной дозы решается через 3-5 лет после прекращения припадков и нормализации показателей ЭЭГ. Темп и продолжительность периода отмены противоэпилептических препаратов определяется клиническим состоянием пациента и динамикой параметров ЭЭГ. После

отмены лечения пациент наблюдается в течение 1-2 лет с плановым динамическим ЭЭГ-контролем. За 2008 год противоэпилептическое лечение отменено у 7 человек (1,05%), у одной пациентки зарегистрировано возобновление припадков.

Около половины больных эпилепсией составляют лица женского пола, из которых более 40% находятся в детородном возрасте. Актуальность вопросов терапии эпилепсии у женщин обусловлена чрезвычайной сложностью взаимовлияния эпилептического очага, эпилептического припадка и применяемого противоэпилептического препарата на гипоталамо-гипофизарно-половую систему, а также тем, что все большее число женщин, больных эпилепсией, стремятся иметь детей [3].

Особый интерес представляет проблема планирования беременности при эпилепсии, ведения беременных, страдающих эпилепсией, материнство больных эпилепсией. Так как в состав «КМЛДО» входит краевой родильный дом, принимающий беременных и рожениц с экстрагенитальной патологией и патологией беременности, то проблема беременности и эпилепсии становится еще более актуальной.

Эпилепсия, за исключением редких случаев, не является противопоказанием для беременности и родов. С одной стороны, прекращение приема противоэпилептических препаратов может вызвать нарастание тяжести и частоты припадков, что крайне неблагоприятно для плода. С другой стороны, женщины должны быть информированы о возможности тератогенного действия противоэпилептических препаратов. Учитывая возможное материнство больных эпилепсией женщин фертильного возраста, уже при первой консультации с пациентками оговариваются проблемы контрацепции, необходимости планирования беременности, подготовки к беременности и предварительного медико-

генетического консультирования. Обсуждается ряд вопросов. Первый – насколько велик риск передачи эпилепсии потомству. Согласно литературным данным, популяционный риск составляет 0,5-1%, при симптоматической/криптогенной эпилепсии достигает 3%, при идиопатической - увеличивается в 2 раза [3]. Также обсуждается влияние эпилепсии у матери и приема антиэпилептических препаратов (АЭП) на развитие плода, разъясняется, что судорожные припадки во время беременности гораздо опаснее, чем правильно подобранные АЭП. Риск развития больших мальформаций под влиянием АЭП составляет для карбамазепина 2,3% (суточная доза 400-1000 мг); для ламотриджина 2,1% (суточная доза 100-200 мг); для вальпроатов в суточной дозе до 1000 мг - 5,9% [3]. Информация доводится до сведения женщины, решение должна принимать она сама и ее семья. Пациентке и ее семье разъясняется необходимость элиминации факторов депривации сна, неизбежных при уходе за новорожденным в постнатальном периоде.

Ведение беременных, страдающих эпилепсией, осуществляется в содружестве с гинекологом и эндокринологом. Для исключения наследственной патологии рекомендуется консультация генетика, но, к сожалению, из проконсультированных и пролеченных беременных, ожидающих первого ребенка, данная рекомендация была выполнена только каждой десятой. При наступлении беременности (с первых дней, лучше до зачатия, и на протяжении первого триместра) на фоне приема противоэпилептических средств рекомендуется прием фолиевой кислоты в дозе 3-5 мг/сут.

В период 2008-2009 гг. в кабинете проконсультировано 98 беременных с эпилепсией в анамнезе на разных сроках беременности; из них вне ремиссии, на фоне противоэпилептической терапии, 35 человек; в

состоянии ремиссии - 61 пациентка, из которых у 19 ремиссия была достигнута на фоне приема противоэпилептических препаратов; две пациентки были консультированы после впервые возникшего приступа. В поздних сроках беременности, с учетом течения заболевания и динамики ЭЭГ, рекомендательно решаются вопросы ведения родов и вида родоразрешения.

Значительную группу пациентов составляет контингент лиц, нуждающихся в активном наблюдении с обязательной явкой через определенные сроки: 1) пациенты с впервые возникшими припадками и начальными проявлениями эпилепсии для уточнения диагноза; 2) пациенты с ремиссиями припадков и в стадии отмены АЭП: находятся под наблюдением и медицинским контролем для объективизации обратного развития эпилептического процесса и решения вопросов продолжительности лечения и возможности снижения суточной дозы и полной отмены противоэпилептического препарата; 3) наблюдение беременных ведется согласно методическим рекомендациям [4]; 4) пациенты с тяжелым течением заболевания и торпидными к консервативной терапии формами приступов.

Следует отметить, что за период работы КЛПС сформировался поток пациентов, которым оказывается консультативная помощь. Все больные, обратившиеся в КЛПС, получают рекомендации по медикаментозной противосудорожной терапии, которые заносятся в выписной эпикриз или справку о консультации эпилептолога для предоставления лечащему врачу, направившему пациента в кабинет.

Таким образом, организация КЛПС позволила сформировать целостную стратегию ведения больных эпилепсией. Реализована преемственность и непрерывность противоэпилептического лечения

городских пациентов с эпилепсией при переходе наблюдения от детского невролога к взрослому, улучшилось взаимодействие с неврологами поликлиник города, наблюдающих данный контингент пациентов. Все состоящие на учете в КЛПС пациенты с эпилепсией получают противоэпилептическую терапию с индивидуальной коррекцией дозы препаратов с учетом возраста, физиологического состояния и гендерного аспекта. Решены тактические вопросы завершения медикаментозного лечения больных в состоянии ремиссии эпилепсии. Специалист КЛПС активно участвует в решении ряда социальных вопросов, связанных с обучением, профессиональной ориентацией и проведением военной экспертизы.

Литература:

1. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей. Руководство для врачей под ред. П.А.Темина, М.Ю.Никаноровой - 2-е изд., перераб. и доп. – М.Медицина, 1999.-665с.
2. Гехт А.Б., Мильчакова Л.Е., Чурилин Ю.Ю. и др. Эпидемиология эпилепсии в России //Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова, «Эпилепсия», приложение к журналу. 2006.№1. - С.3-7.
3. Власов П.Н. Фармакогормональные взаимоотношения при эпилепсии у женщин: обзор литературы//Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова, «Эпилепсия», приложение к журналу. 2006.№1. С.47-52.
4. Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности. Методические указания №2001/130. Министерство здравоохранения Российской Федерации. МСМСУ. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии. Москва-2001.