

фективности, что позволило рекомендовать его в качестве дополнительной терапии у детей с эпилепсией.

Эффективность препарата - Ламиктал при особых синдромах у детей.

Применение препарата – ЛАМИКТАЛ при инфантильных спазмах (синдром Веста). Препарат - Ламиктал в качестве дополнительной терапии был эффективен у 12 (35,3%) детей с инфантильными спазмами, резистентными к терапии стероидами, вальпроатом натрия, вигабатрином и бензо-диазепинами.

Применение препарата – ЛАМИКТАЛ при синдроме Леннокса-Гасто

При оценке эффективности препарата - Ламиктал в качестве дополнительной терапии у 16 (47,1%) детей с синдромом Леннокса-Гасто исследование показало, что снижение частоты припадков не менее, чем на 50%, наблюдалось значительно чаще со средним снижением количества припадков в неделю.

Таким образом, на основе результатов проведенного исследования показана высокая эффективность препарата – Ламиктал при лечении парциальных форм эпилепсии, а также при таких особых эпилептических синдромах, как синдром Веста и синдром Леннокса-Гасто в качестве дополнительного средства в лечении названных форм эпилепсии.

Клинические особенности эпилепсии, сопровождающейся синдромом нарушения внимания с гиперактивностью

*Куанова Л.Б., Жоламанова Г.М., Салимгереева Г.У.
Медицинский университет, Астана, Казахстан*

Введение

Эпилепсия у детей характеризуется высокой частотой встречаемости (до 1% среди детского населения) и приводит к значительным по степени выраженности психическим расстройствам. Факторы, влияющие на умственное развитие детей с эпилепсией, по мнению S.Dikmen и C. Matthews (1999), связаны со сроками манифестации заболевания, продолжительностью течения, наличием структурных дефектов и нарушением метаболизма головного мозга. Серьезную угрозу это заболевание представляет в период развития и обучения детей, когда наступают характерные для эпилепсии явления органической деменции и эпилептические изменения личности.

Целью

нашего исследования явилось изучение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей, страдающих эпилепсией по сравнению с проявлением данного синдрома у детей без эпилепсии.

Материал и методы

Был обследован 41 ребенок (22 мальчика и 19 девочек) в возрасте от 5–18 лет. Из них 23 человека страдали эпилепсией, сочетанной с СДВГ и 18 человек – СДВГ без сочетания с эпилепсией. Критерием отбора в группу исследования послужило наличие уровня интеллектуального развития, соответствовавшего возрастной норме, отсутствие грубой очаговой неврологической симптоматики и отсутствие изменений личности. Все дети, страдающие эпилепсией, получали противосудорожную терапию, некоторые из них дополнительно получали нейролептики (5 детей) и Фезам. Дети с СДВГ без эпилепсии получали ноотропы, некоторые (3 детей) – нейролептики. В исследование были включены дети с парциальной, в том числе с парциальной вторично-генерализованной, формой эпилепсии. Диагноз эпилепсии устанавливали по Международной классификации эпилептических припадков (ILAE, 1981), СДВГ по соответствию DSM-IV-TR Парциальную форму определяли по наличию парциальных припадков и типичной картине на ЭЭГ. Всем детям проводилось комплексное обследование: изучение анамнеза жизни, особенностей перинатального периода и раннего развития, оценка неврологического статуса, анализ истории болезни с выявлением особенностей течения болезни, нейрофизиологические исследования (электроэнцефалография, суточный ЭЭГ-мониторинг), нейровизуализационные исследования (КТ,

МРТ), нейропсихологическое тестирование

Обсуждение полученных результатов. Анализ предпосылок развития СДВГ позволил получить значимые отличия по следующим факторам: наследственная отягощенность нервно-психическими заболеваниями, токсикоз 1-ой половины беременности, 1-ая по счету беременность, заболевания ребенка на 1-ом году жизни и перинатальная энцефалопатия.

Наследственная отягощенность нервно-психическими заболеваниями в группе детей с СДВГ составила 13%, в группе детей с эпилепсией и СДВГ отмечалась вдвое чаще – в 28%. Соотношение детей, в раннем анамнезе которых имеется указание на наличие токсикоза 1-ой половины беременности у матери, составило: СДВГ – 14%, эпилепсия в сочетании с СДВГ – 32%. 1-я по счету беременность у матерей детей с СДВГ – 21%, детей с сочетанием СДВГ и эпилепсией – 37%. Наличие перинатальной патологии выявлялось у детей с СДВГ в 63% случаев, у детей с сочетанием СДВГ и эпилепсией – в 82%.

Длительность заболевания определяет вариант течения СДВГ в сторону усложнения и утяжеления. Так, для генерализованной формы эпилепсии с длительностью заболевания от 1 до 4 лет характерен вариант течения СНВГ с преобладанием нарушения внимания. При возрастании длительности заболевания до 5-9 лет – характерен вариант течения СНВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности. При локально-обусловленной форме эпилепсии одного года достаточно для формирования варианта течения СНВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности и смешанного варианта СНВГ.

Наличие структурно-морфологических изменений головного мозга в виде расширения желудочковой системы, субарахноидальных пространств и наличия очагов патологической плотности преобладало у детей, страдающих эпилепсией (86%). У детей с СДВГ без сочетания с эпилепсией наличие структурно-морфологических изменений головного мозга определялось в 21%.

Все дети в обеих группах изначально имели нарушения внимания и гиперактивность, хотя импульсивность и агрессивность удалось выявить не у всех детей. Так у детей с эпилепсией импульсивность и агрессивность наблюдалась реже, чем у детей без эпилепсии (31%, 34% - с эпилепсией и СДВГ и 54%, 66% - с СДВГ без эпилепсии соответственно).

Поиск ноотропных препаратов, не вызывающих усугубления частоты эпилептических приступов, проявлений син-

дрома гиперактивности является актуальной проблемой в детской неврологии. С целью оценки эффективности нами был применен препарат Фезам. Это комбинированный препарат, содержащий 400 мг пираретама и 25 мг циннаризин. Всем больным проводили сбор жалоб с помощью структурированного опросника, тесты на внимание («глишний предмет»), на механическую память (запоминания трех–четырёх слов), на динамическую память (повторение двух групп слов), цветовой тест Люшера (детям четырех лет), а также электроэнцефалографию, по показаниям — клиничко-биохимическое исследование.

В результате после курса лечения препаратом Фезам выявлено улучшение показателей внимания, механической и динамической памяти, снижение степени тревожности и повышение уровня компенсации по данным теста Люшера у детей с эпилепсией в сочетании с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. У большинства пациентов улучшились показатели структуры фонового ритма ЭЭГ, нормализации фоновых зональных различий. После курса проведенной терапии процентное соотношение показателей положительной динамики нарушения и гиперактивности не имело значимых различий между обеими группами. У детей с эпилепсией улучшение внимания

отмечалось в 60%, у второй группы детей – в 37%.

Однако другая картина представляется в регрессе импульсивности и агрессивности в сравнении детей обеих групп. На фоне проведенной терапии регресс импульсивности и агрессивности детей первой группы, представленной эпилепсией, шел успешнее, чем во второй. Импульсивность и агрессивность детей с эпилепсией снижалась у 33% и 56% соответственно. Тогда как у детей, не страдающих эпилепсией, рассматриваемая симптоматика редуцировалась более торпидно: импульсивность – в 6%, агрессивность – в 17%. Анализ результатов позволил сделать выводы, что препарат Фезам эффективен в комплексной терапии у детей с эпилепсией, сочетающейся с когнитивными нарушениями и синдромом дефицита активного внимания с гиперактивностью, безопасен. Применение Фезама у детей с эпилепсией не приводит к провокации судорожных приступов. У детей с СНВГ на фоне лечения Фезамом в ЭЭГ не появляется эпилептиформная активность. Фезам является необходимым компонентом в комплексном лечении детей с синдромом нарушения внимания с гиперактивностью, страдающим эпилепсией.

Частота и тяжесть эпилепсии и эпилептических синдромов у детей

*Петров А.В., Жарылгапова А.Ш., Айтжанова Р.К., Нурмагамбетова М.И.
Городская детская поликлиника №7, Алматы, Казахстан*

В настоящее время нет обобщенных данных о встречаемости и распространении эпилепсии и ее последствий среди детского населения в Казахстане, поскольку до недавнего времени больные эпилепсией составляли статистику психических заболеваний, а в настоящее время входят в структуру статистики общей педиатрической неврологии. Имеющиеся данные являются, как правило, результатом анализа работы различных неврологических отделений стационаров или отделений узких специалистов поликлиник.

Между тем, за рубежом имеются ретроспективные и проспективные исследования, изучавших частоту и тяжесть эпилепсии и эпилептических синдромов (1,2).

На сегодня в городе Алматы насчитывается около 2 млн. жителей, причем детское население составляет около 390 тысяч. Следует предположить, что из этого количества около 300 детей страдают активной эпилепсией или эписиндромом.

Целью

данного исследования является изучить частоту и тяжесть течения эпилепсии и эпилептических синдромов у детей, состоящих на учете у невропатолога в детской поликлинике №7 г. Алматы.

Материалы и методы

По данным сотрудников статистического отдела ГДП №7, обслуживающей 17.000 детского населения от 0 до 15 лет Медеуского района г. Алматы, на учете у невропатолога состоит 26 детей с диагнозами «эпилепсия» или «эпилептический синдром», т.е. дети, у которых имелись или имеют место повторные неспровоцированные эпилептические приступы, принимающие различные антиэпилептические препараты. В данное исследование не вошли дети с единственным приступом судорог, пациенты с ситуационными приступами, и те, кто не получает терапию антиэпилептиками.

Следовательно, частота эпилепсии среди детского населения, обслуживаемого детской поликлиникой, составляет 0,15%, или на каждую 1000 детей, обслуживаемых ГДП №7, приходится более 1,5 случая с диагнозами эпилепсия или эпилептический синдром. На диспансерном учете состоят 14 мальчиков и 13 девочек. Возрастной состав представлен в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол		Возраст на момент изучения			
м	д	1-3 лет	4-7 лет	8-11 лет	12-15 лет
14	13	3	8	5	11
51,8%	48,1%	11,1%	29,6%	18,5%	40,7%

Структура эпилепсий и эпилептических синдромов в исследуемой группе такова, что идиопатическая природа имела место у 10 (37%) пациентов. Из них доброкачественные фокальные формы в этой подгруппе представлены в 5 (50%) случаях. Симптоматическая и вероятно симптоматическая эпилепсия была установлена у 17 (62,9%) пациентов.

При лечении АЭП идиопатических форм полный контроль приступов достигнут у всех больных. Трех (17,6%) пациентов в возрасте 4-х лет с неустановленным синдромом первичной задержки моторного и психо-речевого развития мы выделили отдельно, поскольку у больных отмечается длительный спонтанный контроль над приступами без коррекции лечения в зависимости от возраста и веса. Наиболее «проблематичными» в плане терапевтического контроля показали себя симптоматические формы. Среди детей в этой подгруппе полного контроля удалось достигнуть только у 5 (29,4%) больных, что составляет 18,5% всех эпилепсий и эпилептических синдромов в группе исследования. Неконтролируемыми остаются приступы у 8(47%) пациентов с симптоматическими/вероятно