

считаться важными факторами получения адекватной анестезии и максимальной защиты пациента [7, 8, 9].

Список литературы:

1. Костюченко А.Л., Дьяченко П.К. Внутривенный наркоз и антинаркотики. – СПб., 1998. – С. 142.
2. Осипова Н.А. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и послеоперационной анальгезии // Анестезиология и реаниматология. – 1998. – № 5. – С. 13.
3. Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов С.В., Береснев В.А., Донскова Ю.С., Хороненко В.Э., Бирюков В.И., Крайник В.М. Системная и регионарная антиноцицептивная защита пациента в хирургии. Проблема выбора // Анестезиология и реаниматология. – 2006. – № 4. – С. 12-17.
4. Послеоперационная боль: Руководство: пер. с англ. / Ред. Ф. Майкла Ферранте, Тимоти Р. Вейд Боннора. – М.: Медицина, 1998. – С. 115.
5. Светлов В.А., Зайцев А.Ю., Козлов С.П. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад: Стратегия и тактика // Анестезиология и реаниматология. – 2006. – № 4. – С. 4-12.
6. Стамов В.И., Светлов В.А., Маячкин Р.Б. Упреждает ли упреждающая анальгезия? // Анестезиология и реаниматология. – 2008. – № 5. – С. 61-64.
7. Черний В.И., Кузнецова И.В., Егоров А.А. Оптимизация анестезии при операциях по поводу буллезной эмфиземы легких // Анестезиология и реаниматология. – 2007. – № 4. – С. 46.
8. Исмаилов И.С., Мамедов И.И., Рашидова М.А. Оценка эффективности и безопасности оптимизированной на основе кетамина модифицированной нейролептоаналгезии при операциях на желчных пузырях и печени // «Хирургия». Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 10. – С. 49-52.
9. İsmayilov İ.S., Məmmədov İ.İ. Qərargahda və öd yollarında jərrahi əməliyyatlar zamanı ümumi venadaxili anesteziya // Azərbaycan Tibb curnalı. – 2010. – № 3. – S. 1-7.

ДЕТСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

© Богданов А.Н.*

Медицинский институт Сургутского государственного университета,
г. Сургут

Проведено изучение заболеваемости, распространенности и клинического течения эпилепсии у детей в экологических условиях Ханты-Мансийского автономного округа (г. Сургут). Установлены уровни за-

* Профессор кафедры педиатрии, доктор медицинских наук.

болеваемости и распространенности детской эпилепсии, составляющие соответственно 1 : 1000 и 10 : 1000 детей, что выше показателей, приводимых в отечественной и зарубежной литературе. Установлена структура и частота факторов риска заболевания. Приведены результаты лечения, включающего авторские разработки.

Популяция наиболее крупного города Ханты-Мансийского автономного округа – Сургута включает (на 01.01.2012 г.) около 70 тыс. детей в возрасте от 0 до 15 лет (25 % популяции), что выше, чем в городах европейских регионов России, в которых дети составляют 12-15 % популяций. В связи с этим актуальность проблемы детской эпилепсии для северных территорий возрастает.

Многолетние (1998-2010 гг.) наблюдения показали, что средний уровень заболеваемости составляет 1 : 1000 в год, распространенность, (срок обязательного диспансерного учета – 5 лет) равняется 10 : 1000, что выше аналогичных показателей, приводимых в литературе.

В течение 20 лет нами длительно (в течение 5-15 лет) наблюдалось 549 детей, страдавших эпилепсией и проживавших на территории Ханты-Мансийского округа. На время начала наблюдения возраст 197 детей (35,9 %) составлял от 1 до 5 лет; в возрасте от 6 до 10 лет наблюдалось 269 детей (49,0 %); от 11 до 15 лет – 83 (15,1 %).

Возраст детей на время дебюта заболевания в 13 % составил до 6 месяцев; в 21 % – до 12; в 23 % – 1 до 3-х лет; в 38 % – от 3 до 6 лет; в 5 % – от 6 до 14 лет. Наследственная отягощенность по эпилепсии, фебрильным, аффективно-респираторным приступам и нейрогенным обморокам имела место в 49 %. Фебрильные приступы в анамнезе отмечались у 29 % детей. Различные перинатальные патологические факторы наблюдались у 60,4 % детей. Постнатальные травмы и нейроинфекции имели место в 12 % случаев. В 29,9 % наблюдений имело место сочетание двух и более указанных факторов риска. Структура наблюдавшихся припадков представлена в табл. 1.

Таблица 1

**Структура припадков и их частота среди наблюдавшихся пациентов
(n = 549)**

Формы приступов	Абс.	%
Генерализованные	268	48,8
Первично-генерализованные судорожные	68	12,4
Вторично-генерализованные	62	11,3
Абсансы	138	25,1
Миоклонические	23	4,2
Атонические	6	1,0
Простые парциальные	31	5,6
Сложные парциальные	34	6,1
Прочие	28	5,1

Примечание: Превышение общего количества пациентов и процентного соотношения различных видов приступов обусловлено сочетанием различных приступов у одних и тех же пациентов.

Патопсихологическая симптоматика изучалась нами у 180 детей с эпилепсией при первичном обращении и далее в динамике. Преобладали дети с роландической эпилепсией, простыми абсансами, височной эпилепсией, составившие 80 % наблюдений. В остальных случаях имели место генерализованные судорожные или простые парциальные припадки.

Изучение раннего анамнеза детей показало, что практически во всех наблюдениях имели место признаки повышенной возбудимости ЦНС. В 28 % наблюдений были неонатальные судороги, у 29 % детей в течение первых двух лет жизни отмечались фебрильные и аффективно-респираторные судороги.

Имел место беспокойный ночной сон, плач во сне, отказ от дневного сна в детском саду и дома, двигательная гиперактивность. Дети обнаруживали признаки избыточной эмоциональности, капризности, негативизма. Часто наблюдалось недержание аффекта, приступы агрессии. Подобные явления отмечались в 76 % наблюдений.

В 35 % случаев имели место устрашающие сновидения и ночные кошмары. Другими ночными патопсихологическими проявлениями были снохождение, в 20 % – эпизодическое снохождение с амнезией происшедшего. С началом обучающих занятий в детском саду или в начальных классах школы выявлялся синдром нарушения внимания с гиперактивностью. Обращала на себя внимание повышенная агрессивность детей.

Дальнейшая, по мере взросления детей, направленность патопсихологических явлений соответствовала тому или иному типу расстройства личности (психопатоподобному). В соответствии с современной классификацией психопатий и психопатоподобных нарушений имевшиеся расстройства можно было рассматривать как диссоциальные (15 %); эмоционально-настойчивые (50 %); истерические (10 %); психастенические (12 %); тревожные (13 %). Наблюдавшиеся нами нарушения развития личности имели место в подростковом возрасте, как правило, уже после прекращения припадков и отмены ПЭП, являясь самостоятельным клиническим синдромом.

Нейропсихологическая диагностика была осуществлена в активном периоде заболевания и через 6-12 месяцев после прекращения припадков в 52 наблюдениях. Ее результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Частота и характер нейропсихологических симптомов

Характер нарушения	Кол-во больных и %
Нарушение предметного зрительного гнозиса	6 (11,5)
Нарушение пространственного гнозиса	4 (7,8)
Нарушение цветового гнозиса	3 (5,8)
Нарушение узнавания лиц	3 (5,8)
Диспрактические явления	8 (15,4)
Астереогноз	4 (7,8)
Дислексия	4 (7,8)
Дисграфия	5 (9,6)
Дискалькулия	6 (11,5)

При анализе суммарных данных таблицы следует учитывать, что при выявлении нейропсихологических симптомов они обычно носили комплексный характер, составляя определенные синдромы. В форме нейропсихологических синдромов расстройства отмечались у 20-25 % детей. Афазических расстройств ни у кого из обследованных детей не отмечалось, поэтому можно сделать вывод, что нарушения высших психических функций, во-первых, имеют достаточно высокую частоту, во-вторых, они имеют преимущественно оптическую и оптико-пространственную основу.

Некоторые аспекты проводившегося лечения. Мы считаем возможным и целесообразным начинать лечение после единственного неспровоцированного приступа при наличии эпилептиформной активности на «дневной» ЭЭГ. К этому был ряд оснований. Первый и последующий приступы могут разделять месяцы или годы. При наличии развернутого эпилептогенеза, что отражается на ЭЭГ, даже при отсутствии припадков появляются и могут нарастать когнитивные нарушения и расстройства мышления, составляя перманентные симптомы и синдромы.

Опыт применения ноотропов и пептидных препаратов при детской эпилепсии приводит к неоднозначным выводам. При проведении электроэнцефалографических исследований детям, страдающим эпилепсией и получавшим пирацетам, церебролизин и кортексин, отмечены в основном отрицательные клинические и ЭЭГ-эффекты, имевшие место в 76,3 % этих наблюдений. У всех пациентов до курса лечения ноотропами или пептидными препаратами имела место полная клиническая и электроэнцефалографическая ремиссия в течение достаточно длительного срока – от 6 месяцев до 3-х лет на фоне минимальных поддерживающих доз противоэпилептических препаратов).

Положительный клинический и ЭЭГ-эффекты отмечались на фоне использования препаратов ГАМК или с ГАМК-эргическим эффектом – аминалона, гаммалона, пикамиллона, глиатилина. Лечение данными препаратами проводилось на фоне базовой противоэпилептической терапией.

Общая эффективность лечения противоэпилептическими препаратами (достижение полной клинической и ЭЭГ-ремиссии) составила 94,4 % при его продолжении в течение 1 до 3 лет и катамнезе от 5 до 15 лет. В большинстве наблюдений (около 70 %) припадки прекращались в первый месяц лечения, ЭЭГ нормализовывалась значительно позднее – в срок от 2 до 24 месяцев. При достижении прекращения приступов и нормализации ЭЭГ через 12 месяцев от начала лечения мы считаем допустимым постепенное, в течение 3 месяцев, снижение дозы препарата и его отмену под постоянным контролем ЭЭГ, включая мониторингирование во сне.

В плане развития физиотерапевтического лечения при эпилепсии изучались церебральные эффекты транскраниального электромагнитного воздействия. Использовался излучатель электромагнитного поля «ИНФИТА», генерирующий импульсное низкочастотное электромагнитное поле нетеп-

ловой интенсивности (20-80 Гц; напряженность поля 0,002-7 Вт/см). Генерируемое поле представляет собой ориентированную на пациента полусферу с сохранением указанной напряженности в пределах 50 см с максимумом в 15 см от поверхности излучателя. В течение нескольких лет лечение было проведено 86 больным эпилепсией детям, при продолжительности заболевания от нескольких месяцев до 1,5 лет. Возраст детей составлял от 3 до 12 лет. Во всех наблюдениях у них сохранялись припадки, несмотря на прием ПЭП в течение 1-3 месяцев. Пациенты с абсансами составляли наибольшее число наблюдений (50 случаев), с генерализованными судорожными припадками было 6 больных, с парциальными припадками (роландическими, сенсорными) – 30..

Во всех наблюдениях на ЭЭГ в фоне или при гипервентиляции регистрировались эпилептиформные или гиперсинхронные паттерны генерализованного характера – спайки, спайк-медленноволновые комплексы, вспышки высокоамплитудных тета-г дельта волн. Лечение состояло в 10-12 сеансах транскраниального воздействия продолжительностью 9 минут с одновременным электроэнцефалографическим контролем.

В результате проведения 1-3 курсов лечения (с интервалом в неделю) у большинства пациентов (68 %) отмечался положительный клинический эффект – снижение частоты (75 % случаев) или прекращение припадков (25 %). Клинический эффект сохранялся в течение 5-6 месяцев, после чего в 26 % наблюдений отмечалось возобновление припадков или восстановление их частоты. Установив этот факт, в дальнейшем мы предлагаем пациентам повторение сеансов каждые 3 месяца в тех случаях, когда по каким-либо причинам нельзя перейти к большим дозам ПЭП.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой заболеваемости и распространенности эпилепсии среди детско-подросткового населения ХМАО. Вместе с тем, в подавляющем большинстве случаев своевременно начатое и контролируемое лечение в подавляющем большинстве случаев приводит к полной клинико-электроэнцефалографической ремиссии. Выявленные факторы риска развития эпилепсии у детей открывают определенные возможности профилактики заболевания.