

Эпидемиологические показатели эпилепсии у детей и подростков г. Казани

В. Ф. ПРУСАКОВ, К. М. ИСМАГИЛОВА

Казанская государственная медицинская академия. Кафедра детской неврологии

Эпилепсия — одно из частых заболеваний нервной системы у детей и подростков — занимает третье место в структуре неврологических страданий. Дебютирует в 70% в детском возрасте, преимущественно до 10 лет. Частота заболевания в популяции среди детского населения достигает 1% [1]. Распространенность фебрильных судорог достигает 5% среди детей до 6 лет, а по некоторым данным, и 8-14% [2]. При этом нет единой точки зрения на прогноз фебрильных судорог: с одной стороны, они расцениваются как фактор риска эпилепсии, как ее продромальный фон, с другой стороны, отмечается доброкачественность течения, что определяет возможность их благоприятного прогноза. Однако, данные катamnестического наблюдения через 2-8 лет после фебрильных судорог показали, что у 88% детей имеются различные признаки поражения центральной нервной системы — выраженные двигательные нарушения, синдром минимальной мозговой дисфункции, неврозоподобные состояния, задержка умственного развития [3].

Целью нашей работы явилось проведение клинико-статистических исследований больных эпилепсией — детей и подростков в г. Казани, выделить структуру клинических форм заболевания. Для сравнительного анализа использованы ряд показателей за 5 лет. Детское население г. Казани за последние годы представлено в табл. 1.

Заболеваемость — частота появления новых, ранее нигде не учтенных и впервые в данном году выявленных случаев заболевания в популяции. В мире заболеваемость эпилепсией варьирует от 11 до 134 на 100000 населения.

Заболеваемость эпилепсией детей и подростков по г. Казани представлены на рис 1.

Таблица 1.
Динамика численности детского населения г. Казани (за 1998-2002 гг.; тыс. чел.)

Год	Численность детей
1998	196917*
1999	235860
2000	231022
2001	224539
2002	227778

*В 1998 году учитывались лишь дети в возрасте до 15 лет. С 1999 года — до 17 лет 11 месяцев 29 дней.

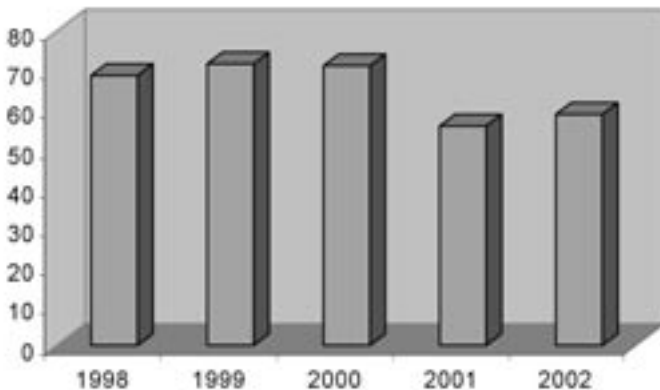


Рис. 1. Заболеваемость эпилепсией детей и подростков в г. Казани за 1998-2002 гг. (на 100000 детей и подростков)

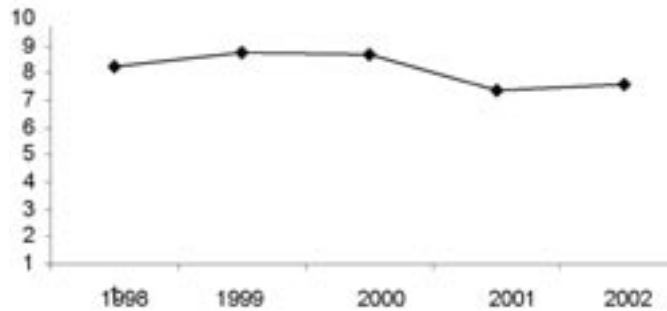


Рис. 2. Динамика распространенности эпилепсии по г. Казани за 1998-2002 гг. (на 1000 населения).

Таблица 2.
Количество больных эпилепсией, состоящих на учете в г. Казани за 1998-2002 гг. (в абсолютных числах)

Год	Эпилепсия	Фебрильные судороги	Аффективно-респираторные судороги
1998	769	240	166
1999	756	243	156
2000	741	214	124
2001	711	225	144
2002	725	167	122

Таким образом, число больных различными формами эпилепсии, состоящих на учете у невролога, находится в пределах 769-711 человек в различные контрольные годы. В то же время весьма велико количество детей, наблюдаемых неврологом по поводу фебрильных судорог, аффективно-респираторных пароксизмов (обе категории пациентов составляют по 290-400 в год), но в структуре эпилепсии эти пациенты не учитывались. Как уже было отмечено нами, 2/3 случаев дебюта эпилепсии возникает в возрасте до 16 лет. Мы проанализировали 204 карты диспансерного наблюдения детей и подростков, страдающих различными формами эпилепсии, за период с 2001 года. Дебют эпилептических припадков отражен в табл. 3. Для сравнения здесь приведены данные Российской ДКБ г. Москвы (данные из кн. «Эпилептология детского возраста» под редакцией Петрухина А. С., 2000)

Таблица 3.
Структура заболеваемости эпилепсией в зависимости от возраста по г. Казани и по данным Российской ДКБ г. Москвы

Возраст дебюта	Казань	Москва
до 6 месяцев	5,7	4
с 6 месяцев до 1 года	9,8	20
с 1 года до 3 лет	26,5	26
с 3 лет до 6 лет	19,7	36
с 6 лет до 12 лет	29	14
с 12 лет до 15 лет	7,8	-
с 15 лет до 18 лет	1,5	-
Всего	100%	100%

Таким образом, пик заболеваемости эпилепсией отмечается в возрастной группе детей от 1 года до 12 лет. У подростков 15-18 лет зарегистрировано наименьшее число дебюта болезни. Основными причинами развития эпилептических припадков у детей первых месяцев жизни являются перинатальные поражения головного мозга. В возрастных группах 3 года и старше на передний план

выходят перенесенные нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, различные соматические заболевания и интоксикации. Частота эпилепсии среди мальчиков и девочек различна, по мнению многих исследователей, однако нет четких критериев,

которые позволили бы объяснить преобладание заболевания по половому признаку.

Таблица 4.
Распределение заболеваемости эпилепсией у детей
в зависимости от пола и возраста за 2001 год (в %)

Пол	Возраст	
	от 1 месяца до 14 лет	от 15 лет до 18 лет
Мужской	53	61
Женский	47	39
Всего	100	100

Если в возрастной группе от 1 месяца до 14 лет число больных эпилепсией среди мальчиков и девочек была почти одинаковой (на 6% преобладали мальчики), то в подростковом периоде 15-18 лет заболевание значительно превалирует у мальчиков (на 22%). Можно предположить, что определенную роль в этом играют более распространенное употребление алкоголя, табакокурение, прием наркотических препаратов, более высокое число черепно-мозговых травм. Но этот вопрос требует более детального изучения. По характеру эпилептические припадки распределились следующим образом.

Таблица 5.
Распределение эпилептических припадков
в зависимости от форм и возраста (в %)

Характер припадка	Возраст	
	от 1 месяца до 14 лет	от 15 лет до 18 лет
Первично-генерализованные тонико-клонические, тонические, клонические	37,5	54
Вторично генерализованные	13,5	12
Абсансные	6	4
Миоклонические	6	8
Инфантильные спазмы	2	-
Атонические (приступы падения)	8	2
Простые парциальные	13	11
Сложные парциальные	13	8
Неклассифицированные	1	1

Анализируя данные, приведенные в таблице, отмечается явное преобладание в обеих возрастных группах генерализованных судорожных припадков, как первичных, так и вторичных. Однако, необходимо принять к сведению тот факт, что подавляющее число больных с эпилепсией поступают в стационар и на амбулаторные приемы вне припадка. У врача, за редким исключением, нет возможности провести лично визуальную оценку проявления его и приходится ориентироваться только на данные анамнеза родителей или очевидцев. А эти сведения могут дать лишь характеристику развернутой фазы припадка или его окончания. Мы допускаем, что истинное число парциальных припадков выше, особенно с последующей генерализацией.

Кратность припадков в течение определенного временного показателя в какой-то мере может «смоделировать» прогностические критерии, определить терапевтический подход и степень медикаментозного воздействия.

Мы проследили частоту припадков эпилепсии в возрастных группах, используя, главным образом, анамнестические данные, и получили следующие результаты. Так, у детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет в 21 случае (12%) был зарегистрирован впервые развившийся, однократный эпилептический припадок, припадки с частотой 1 раз за 3 месяца зарегистрированы у 10 (6%), за 6 месяцев — у 45 пациентов (26%), за 12 месяцев — у 51 ребенка (29%). Частота эпилептических припадков от 1 до 10 в месяц отмечена у 23 больных (13%) и до 10-50 приступов за день (абсансные припадки) у 24 пациентов (14%). Несколько отличались показатели частоты эпилептических припадков в возрастной группе от 15 до 18 лет. Однократный припадок диагностирован лишь у 1 больного (4,8%), с кратностью 1 приступ в 3 месяца — у 9 (33%), 1 приступ в 6 месяцев — у 2 пациентов (9%), 1 за 12 месяцев — у 7 больных (27%). Большая частота припадков (до 10 за месяц) зарегистрирована у 3 (11%), а до 10-50 приступов в день — у 4 больных (15,2%).

Таким образом, в большинстве случаев у пациентов обеих возрастных групп отмечается по 1-2 эпилептических припадка в течение 12 месяцев. Однако неожиданно высоким оказался процент больных в группе подростков с частотой припадков

каждые 3 месяца. Подобные результаты исследования позволяют предположить возможные нарушения в лечении: нерегулярный прием антиконвульсантов, недостаточная дозировка препарата, либо малая его эффективность. Не исключено, что имеет место и резистентная форма заболевания. И все же однозначно этот факт расценивать нельзя.

Ранее мы отмечали, что эпилепсия относится к группе заболеваний полиэтиологических.

Проведенный анализ показал, что среди причин развития заболевания у наших пациентов оказался высокий процент патологии перинатального периода.

Таблица 6.
Причины развития эпилепсии у детей
в зависимости от возраста (в %)

Фактор	Возраст	
	от 1 мес. до 14 лет	от 15 лет до 18 лет
Отягощенный перинатальный анамнез	60	62
Отягощенный наследственный анамнез	28	34
Наличие в анамнезе ЧМТ	10	4
Воспалительные заболевания мозга	1	-
Аномалии развития головного мозга	1	-

Перинатальный анамнез позволил выявить у матерей токсикозы во время текущей беременности в 26,5% (54 чел.), ранее прерванные беременности (аборт) — 24,5% (50 чел.), угроза прерывания настоящей беременности на различных сроках — 15,6% (32 чел.), экстрагенитальные заболевания матери — 2,4% (5 чел.), установленные заболевания, передающиеся половым путем, — 2,4% (5 чел.), заболевания вирусной этиологии во время беременности — 8,8% (18 чел.).

Весьма многочисленной оказалась группа детей, рожденных недоношенными, — 11,3% (23 чел.). Острая и хроническая гипоксия (ишемия) мозга плода зарегистрирована в 27,5% (59 чел.). Осложнения течения родов, с применением дополнительных акушерских пособий отмечено в 22% (45 чел.). Мы провели сопоставление результатов нашего исследования с данными работы Черновой Г. Г. (1996) [5], где частота осложнений в перинатальном периоде у больных эпилепсией составила 64%, а в работе Улановой Ю. Т. (2000) [6] у детей, рожденных от матерей, беременность которых протекала с угрозой прерывания (или угрозой выкидыша), в 21% диагностированы эпилептические припадки, со значительным преобладанием генерализованных форм и наиболее широко представленной группой больных с дебютом заболевания от 1 месяца до 1 года и в возрасте 5-7 лет.

Важную роль в генезе эпилепсии и эпилептических синдромов играет наследственный фактор. Наличие в семье сибса большого эпилепсий повышает риск развития эпилепсии в 2-14 раз в зависимости от формы заболевания. Причем, если эпилепсией страдает мать ребенка, то этот риск увеличивается в 8-10 раз, а если отец — только в 2 раза. В наших исследованиях, изучая наследственный анамнез, эпилепсия у прямых родственников выявлена в 29% (59 чел.). В эту группу были включены и родители, у которых в разные возрастные периоды детства проявлялись фебрильные судороги, — 20% (11 чел.), аффективно-респираторные пароксизмы — 5% (3 чел.), в 5 случаях (8,4%) был зарегистрирован однократный эпилептический припадок, а еще в 6% (3 чел.) были отмечены пароксизмальные состояния без четких клинических и диагностических верификаций.

Оценка неврологического статуса у 30% пациентов выявила отклонения следующего характера: симптомы поражения черепных нервов, нарушение мышечного тонуса — от диффузной гипотонии до гипертонуса по пирамидному или экстрапирамидному типу, неглубокие парезы по гемитипу, 2 пациента с тетрапарезами, наличие гиперкинезов, нарушение координаторных функций. Отставание в нервно-психическом развитии отмечено у 15% детей от 1-2 эпикризных сроков до грубого дефекта высших корковых функций. Несколько в большем проценте наблюдений (21%) обращали на себя внимание поведенческие нарушения в виде агрессивности, расторможенности, вялости, навязчивости, что, безусловно, не всегда связано с самим заболеванием, а в ряде случаев не исключена реакция на отдельные виды антиэпилептических препаратов (фенобарбитал).

Представленные результаты работы позволили проанализировать группу больных эпилепсией (204 ребенка) от 1 месяца до 18 лет с различными формами заболевания, определить ряд эпидемиологических показателей по г. Казани, что в последующем позволит привести сравнительные характеристики и более углубленные исследования проблемы детской эпилепсии по Республике Татарстан.

Результаты исследований составили основу комплексной программы совершенствования организационной формы противэпилептической службы. Данные показатели позволяют обеспечить своевременное выявление и начало лечения больных эпилепсией, проведение адекватной терапии и широкого комплекса реабилитационных мероприятий, что, в свою очередь, улучшает медицинский и социальный прогнозы пациентов, способствует предотвращению тяжелых последствий заболевания и инвалидизации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л. О., Темин П. А., Мухин К. Ю. Фебрильные судороги //Журнал невропат. и психиатр. — 1990. — Т. 90. — № 9. — С. 97-102.

2. Шанько Г. Г., Король Е. А., Шалькевич В. Б. Неврологические нарушения и особенности ЭЭГ у детей, перенесших гипертермические судороги в грудном возрасте // Журнал невропат. и психиатр. — 1980. — Т. 80-10. — С. 1456-1470.

3. Из кн. «Диагностика и лечение эпилепсии у детей». Под ред. Темина П. А., Никаноровой М. Ю. — М.— С. 21.

4. Петрухин А. С. Эпилептология детского возраста. Руководство для врачей. — Медицина, Москва. — 2000. — С. 623.

5. Чернова Г. Г. Клинические особенности эпилепсии у детей и современные методы их диагностики. — Автореф. соиск. канд. мед. наук. — Казань, 1996. — С. 23.

6. Уланова Ю. Т. Клиническая характеристика состояния нервной системы у детей при угрозе прерывания беременности у женщин. — Автореф. соиск. канд. мед. наук. — Казань, 2000. — С. 22.

Экономические аспекты лечения эпилепсии в детском возрасте

В. Ф. ПРУСАКОВ, К. М. ИСМАГИЛОВА,
Казанская государственная медицинская академия, кафедра детской неврологии

Развитие фармакоэкономики обусловлено все более возрастающими требованиями к обоснованию экономической целесообразности новых методов терапии. Однако, данные аспекты не решаются в рамках отдельно взятой дисциплины — экономики, фармацевтики или медицины.

Следует признать, что основной принцип в фармакоэкономике — это оценка затрат и результат терапии.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний центральной нервной системы. Не менее одного эпилептического припадка в жизни переносят 5% населения. По данным, [6] неспровоцированные приступы ежегодно отмечаются у 56,8 человек на 100000 в год, и у 23,5 человек на 100000 в год выявлен единственный неспровоцированный приступ.

За последние годы было представлено десять новых противоэпилептических препаратов (ПЭП), у которых фармакокинетика, лучшая переносимость и низкий потенциал лекарственных взаимодействий являются существенными преимуществами [3; 4; 8]. Применение традиционных («старых») и новых ПЭП с различным спектром активности и различной степенью переносимости их дает возможность для оптимального выбора препарата при лечении больного эпилепсией.

Однако, несмотря на успехи современной фармакотерапии эпилепсии и разработку международных стандартов лечения, примерно у 30% пациентов с эпилепсией не удается достигнуть ремиссии [2]. Эта категория больных при большом риске психо-социальной дисфункции имеет низкое качество жизни, повышенную заболеваемость и смертность [5].

Цель нашего исследования — оценить фармакоэкономические показатели при лечении различных форм эпилепсии у детей и подростков в Республике Татарстан.

Материалы и методы. В ходе исследования предполагается проанализировать экономические затраты, связанные с лечением эпилепсии у детей и подростков в РТ в условиях стационара и амбулаторно-поликлинической сети. Оценка затрат на медикаментозное лечение проводилась из расчета среднесуточной дозы ПЭП в зависимости от возраста, веса ребенка.

Необходимо также отметить, что в экономике здравоохранения цена или затраты определяются стоимостью ресурсов, которые были истрачены или потеряны во время заболевания равной стоимости ресурсов, потраченных на лечение пациента, что составляют прямые затраты, а также потерянные ресурсы во время нетрудоспособности (в нашем случае родителей) и недополученных доходов из-за нетрудоспособности, входящие в понятие не-прямые затраты. В данной работе были использованы материалы Министерства здравоохранения РТ, Республиканского информационно-аналитического центра «Состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Республики Татарстан».

Мы провели анализ динамики заболевания эпилепсией среди детей и подростков в РТ за период 1998-2004 гг. (табл. 1)

Таблица № 1

Число больных эпилепсией без психоза и слабоумия среди детей и подростков по РТ (в абсол. числах)

Год	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Число больных (от 0 до 17 лет) РТ	1380	1050	909	824	753	633	609

Общая численность населения от 0 до 17 лет по РТ (в абсол. числах) представлена в табл. 2.

Таблица 2

Общая численность населения от 0 до 17 лет по РТ (в абсол. числах)

Год	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Число детей и подростков (от 0 до 17 лет)	983431	969025	950372	929187	900261	874019	858266

Таким образом, за период 1998-2004 гг. отмечается устойчивая тенденция к снижению показателей как общего числа детей и подростков в РТ, так и числа пациентов, страдающих эпилепсией.

Как видно из приведенных выше данных, число детей и подростков, страдающих различными формами эпилепсии, сократилось за период 1998 по 2004 год на 50%.

Можно представить различные объяснения такому выраженному и стабильному снижению заболеваемости эпилепсией. На наш взгляд, основные из них следующие:

1. Прогрессивное развитие перинатальной медицины позволяет разработать методы управления, а в ряде случаев предупреждения неврологических заболеваний как в раннем детском возрасте, так и в более старшие возрастные периоды.

2. В последнее десятилетие значительно расширились возможности диагностики эпилепсии и пароксизмальных расстройств, что позволяет уже на ранних этапах их проявления провести четкую дифференциацию и своевременно обеспечить больного адекватным лечением.

3. Благодаря Федеральным и Региональным Программам стал доступен в лечении эпилепсии широкий спектр современных, эффективных, но и дорогостоящих противосудорожных препаратов.

4. Развитие противосудорожной службы на территории РТ.