

выявления детей из сельской местности с 31,9 до 48,5%.

Итак, внедрение предложенного нами алгоритма диагностики улучшило качество наблюдения за детьми с низкорослостью, повысило выявляемость данной возрастной группы с соматотропной недостаточностью. Более ранняя постановка диагноза и соответственно продленные сроки лечения таких детей улучшили прогноз их роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Петеркова В.А. Детская эндокринология: Руководство по детской эндокринологии. — М.: Универсум паблшинг, 2006. — 600 с.
2. Дедов И.И., Тюльпаков А.Н., Петеркова В.А. Соматотропная недостаточность. Лечение недостаточности гормона роста. — М.: Индекс Принт, 1998. — С.163–206.
3. Кравец Е.Б. Клинические лекции по детской эндокринологии/ Учебн. пособие. 2-е изд. —Томск: ИД Экс Либрис, 2007. — 360 с.- С. 13–33, 203–234.

УДК 616.853–053.2–08

О ПРИМЕНЕНИИ ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Елена Александровна Балакирева, Алла Фёдоровна Неретина

Кафедра педиатрии лечебного факультета (зав. — проф. А.Ф. Неретина) Воронежской государственной медицинской академии,

городская детская клиническая больница №1 (главврач — канд. мед. наук А.И. Дрыжаков), г. Воронеж

Реферат

Изучена переносимость леветирацетама у 23 детей первых семи лет жизни. Появление побочных явлений, свойственных леветирацетаму, не превышало допустимые пределы. Эффективность препарата была достаточно высокой как при моно-, так и политерапии.

Ключевые слова: дети, эпилепсия, леветирацетам.

Распространенность эпилепсии в развитых странах варьирует от 5 до 10 случаев на 1000 населения [1, 7], причем заболевание проявляется в основном в детском возрасте [4, 7, 8, 9]. Лишь у 50–70% [4, 8] больных удается контролировать приступы на монотерапии, еще около 30% нуждаются в присоединении второго и третьего антиэпилептического препарата и приблизительно 25% остаются резистентными к терапии на сегодняшний день [16, 19]. Современное лечение больных эпилепсией проводится так называемыми базовыми (вальпроаты, карбамазепины, этосуксимид) и новыми (леветира-

4. Петеркова В.А., Фофанова О.В., Тюльпаков А.Н. и др. Диагностика и лечение соматотропной недостаточности у детей: Национальный Консенсус — М.: АСК Юнион Печатные работы, 2005. — 5 с.

5. Юрьев В.В., Симаходский А.С. и др. Рост и развитие ребенка./ Краткий справочник. — 3-е изд. — СПб: Питер, 2008. — 272 с.

6. Kant S.G., Wit G.M., Breuning M.H. Genetic analysis of short stature// Hormone Research. — 2003. — Vol. 60. — P. 157–165.

Поступила 02.09.08.

AN ALGORITHM FOR IDENTIFYING CHILDREN WITH SOMATOTROPIN DEFICIENCY

O.G. Pecheritsa

Summary

The introduction of a diagnostic algorithm improved the quality of observation of children with stunting, and improved the detection somatotrophic insufficiency. Earlier diagnosis extended the treatment periods and positively influenced the increase in their growth.

Key words: children, somatotropin deficiency, diagnosis, treatment.

цетам, топирамат, окскарбазепин и др.) препаратами. Как в доклинических, так и в клинических испытаниях леветирацетам проявлял высокую антиэпилептическую активность, которая объясняется его разнонаправленными механизмами действия: регуляцией динамики в синаптической бляшке и выбросом нейротрансмиттеров в синаптическую щель, снижением эпилептической активности нейрона [20], модуляцией ГАМКергических и глициновых рецепторов [14], влиянием на кальциевые и калиевые каналы [21, 24], на генную экспрессию нейронов [3], подавлением эпилептической синхронизации нейронов (19–22), нейропротективным действием [3]. Разнообразные воздействия леветирацетама обеспечивают его высокую эффективность, минимальные побочные действия и дополнительное позитивное влияние на нервную систему [22, 23]. В литературе встречаются

работы по лечению леветирацетамом не только эпилепсии, но и психотических расстройств [11, 25], эссенциального тремора [12, 17]. Тем не менее минимальный возраст для назначения леветирацетама окончательно не определен [13, 26].

Целью работы было изучение переносимости леветирацетама у детей первых семи лет жизни.

Под нашим наблюдением находились 23 ребенка первых семи лет жизни, получавших леветирацетам с информированного согласия родителей и разрешения этического комитета (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Обследованные группы	Возраст					Итого
	1–2 года	2–3 года	3–4 года	4–5 лет	5–7 лет	
Мальчики	0	2	2	4	2	10
Девочки	2	3	3	3	2	13
Итого	2	5	5	7	4	23

Из табл.1 видно, что в группе не было значительного преобладания детей какого-то одного возрастного периода. Незначительно преобладали девочки.

Нозологические формы, по поводу которых пациенты получали леветирацетам, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по нозологическим формам

Нозологические формы	Число пациентов (n=23)	
	абс.	отн.
Симптоматическая эпилепсия	9	0,39
Идиопатическая эпилепсия	1	0,04
Криптогенная эпилепсия	7	0,35
Эпилептическая энцефалопатия	4	0,17
СДВГ синдром	2	0,09

Как видно из табл. 2, пациенты получали терапию в основном по поводу различных форм эпилепсии, но в 2 случаях мы попытались применить леветирацетам у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, сопровождавшимся парциальной задержкой психо-речевого развития, с учетом нейропротективного эффекта препарата и изменения на ЭЭГ у пациентов.

У пациентов с эпилептической энцефалопатией (4) и у большинства больных с симптоматической и криптогенной

эпилепсией (8 и 7 соответственно) леветирацетам использовался в составе политерапии. В остальных случаях (4) проводилась монотерапия леветирацетамом.

В политерапии леветирацетам применяли в различных комбинациях с другими препаратами (табл. 3).

Таблица 3

Комбинации леветирацетама с другими противосудорожными препаратами в политерапии (n=19)

Препараты	Число пациентов	
	абс.	отн.
Вальпроевая кислота	10	0,53
Карбамазепин	2	0,11
Топирамат	2	0,11
Бензонал	1	0,05
Вальпроат+топирамат	1	0,05
Вальпроат +топирамат+ суксилеп	1	0,05
Вальпроат+клоназепам+топирамат	1	0,05
Вальпроат+суксилеп+клоназепам	1	0,05
Итого	19	

Дозирование леветирацетама у детей, по литературным данным, варьирует в широких пределах — от 10 до 100 мг/кг массы тела в сутки [2, 10, 18]. В нашем исследовании проводилось титрование дозы, согласно рекомендациям [2, 6], начиная с 10 мг/кг массы в сутки. Средняя доза, применяемая у пациентов в монотерапии, составляла 20 мг/кг массы в сутки, в политерапии — 15 мг/кг массы в сутки.

В большинстве случаев (18 из 23) введение леветирацетама в схему лечения вызывало значительное улучшение результатов как моно-, так и политерапии. В 14 из 16 случаев симптоматической и криптогенной эпилепсии, в одном случае идиопатической эпилепсии достигнута полная ремиссия. В 2 из 4 случаев эпилептической энцефалопатии частота приступов сократилась до одиночных. У ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, в течение 6 месяцев принимавшего леветирацетам, отмечались положительная динамика в психо-речевом развитии, улучшение сна и нормализация ЭЭГ.

В одном случае криптогенной эпилепсии и в одном случае эпилептической энцефалопатии (2 из 23) введение в терапию леветирацетама не принесло выраженного эффекта, что совпадает с лите-

ратурными данными [3, 4, 5]. В 3 случаях леветирацетам был отменен из-за побочных эффектов (рис 1).



Рис. 1. Структура результатов использования леветирацетама.

В качестве побочных явлений при использовании леветирацетама отмечались сонливость, астения, головокружение, реже анорексия, головная боль, диарея, диспепсия, атаксия, эмоциональная неустойчивость, судороги [2, 5]. В курируемой нами группе ни одно из этих осложнений не возникло. Однако у 3 детей 2, 3 и 4 лет пришлось отменить препарат, не дожидаясь оценки его эффективности. У всех этих детей присутствовало возбуждение, появившееся у одного из них с первых дней применения препарата, а у 2 других — на первых этапах титрования дозы. Во всех случаях возбуждение было сопряжено с агрессивным поведением, описанным в отдельных литературных источниках [6, 15]. Ниже приводим клинический пример.

Настя К. 4 лет получает лечение по поводу эпилептической энцефалопатии. Заболевание дебютировало с 3 месяцев в виде сложных парциальных приступов, к которым позднее присоединились миоклонические приступы. На протяжении 4 лет больная получала различные комбинации противосудорожных препаратов. Клинически у ребенка имеют место грубая задержка психо-речевого и моторного развития.

ЭЭГ: грубые нарушения биоэлектрической активности головного мозга, диффузная эпилептическая активность ОМ-волна, ПИК-волна, генерализованно над всеми отведениями.

МРТ: отмечается нарушение цитоархитектоники мозга и миелинизации белого вещества мозга, перивентрикулярные зоны гиперинтенсивности по T2 ВИ, очаги повышения сигнала по T2 ВИ в мозолистом теле. Коровый слой истончен. Желудочковая система незначительно расширена. Мозолистое тело в проекции ствола истончено, имеет волнистый верхний контур. Субарахноидальные конвекситальные пространства полушарий мозга расширены, борозды сглажены. Цистерны основания мозга симметричны, не деформированы, расширены.

В процесс лечения парциальные приступы

удалось полностью купировать, миоклонические пароксизмы сократились до единичных в неделю. Дальнейшее течение заболевания носит волнообразный характер — в периоды ухудшения миоклонические приступы становятся серийными. Отрицательная динамика требует коррекции терапии. На момент введения леветирацетама девочка получала комбинированную терапию: депакин, топамакс и клоназепам. Титрование дозы леветирацеама (15 мг на кг массы тела) привело к появлению агрессивности: ребенок кусает ухаживающих родственников, пытается ударить, оставшись одна обращает агрессию на себя. При отмене препарата поведенческие расстройства были купированы.

Таким образом, в нашем исследовании у 23 детей первых семи лет жизни появление побочных эффектов, свойственных леветирацетаму, не превышало допустимые пределы. Агрессивное поведение, отмеченное у 3 (0,13) пациентов, возможно, было связано с малой выборкой и тяжестью заболевания, но не с определенным возрастным периодом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзяк Л.А., Зенков Л.Р., Кириченко А.Г. Эпилепсия. — К., Книга-плюс, 2001. — 168 с.
2. Зенков Л.Р. Кеппра в лечении эпилепсии. — М.: Пресссервис, 2007. — 49 с.
3. Калинин В.В. Препарат леветирацетам кеппра в эпилептологии // Журн. неврол. и психиатр. — 2007. — №3. — С.74–77.
4. Карлов В.А., Власов П.Н. Эффективность кеппры в составе комплексной терапии при фармакорезистентной эпилепсии у взрослых // Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — № 7. — С.38–44.
5. Карлов В.А., Власов П.Н. Результаты двухлетнего применения кеппры для лечения эпилепсии у взрослых // Журн. неврол. и психиатр. — 2006. — № 7. — С.24–30.
6. Лежу Л., Буйз Г., Сельман Б. Клинический опыт применения леветирацетама при детской эпилепсии: исследование эффективности лечения возрастающими дозами и монотерапией // Seizure. — 2005. — № 14. — С. 66–71.
7. Трошин В.Д., Густов А.В., Кравцов Ю.И., Максимова А.Л. Эпилепсия детей и подростков. — Н. Новгород, 2002. — 316 с.
8. Шершевер А.С., Лаврова С.А., Телегин А.В., Гриб А.В. Динамика показателей как критерий оценки качества лечения эпилепсии противосудорожными препаратами // Леч. врач. — 2006. — № 10. — С. 81–83.
9. Эпилептология детского возраста / Под ред. А.С. Петрухина. — М.: Медицина, 2000. — 345 с.
10. Ben-Menachem E., Falter U. Efficacy and tolerability of levetiracetam 3000 mg/d in patients with refractory partial seizures: a multicenter, double-blind, responder-selected study evaluating monotherapy. European Levetiracetam Study Group // Epilepsia. — 2000. — Vol. 41. — P. 1276–1283.

11. *Bersani G.* Levetiracetam in bipolar spectrum disorders: first evidence of efficacy in an open, add-on study // *Hum. Psychopharmacol.* — 2004. — Vol. 19. — P.355–356.

12. *Bushara K.O., Taimur Malik T., Exconde R.E.* The effect of levetiracetam on essential tremor.// *Neurology.* — 2005. — Vol. 64. — P. 1078–1080.

13. *Coppola G., Mongano S., Tortorella G. et al.* Levetiracetam during 1-year follow-up in children, adolescents, and young adults with refractory epilepsy // *Epilepsy Res.* — 2004. — Vol. 59. — P.35–42.

14. *Dimova S.* Levetiracetam. Product monograph UCB SA. — 2004.

15. *Dinkelacker V., Dietl T., Widman G. et al.* Aggressive behavior of epilepsy patients in the course of levetiracetam add-on therapy: report of 33 mild to severe cases// *Epilepsy Behav.* — 2003. — Vol.4. — P.537–547.

16. *Gil-Nagel A.* Review of new antiepileptic drugs as initial therapy// *Epilepsia.* — 2003. — Vol. 44. — P. 3–10.

17. *Handforth A., Martin F.C.* Pilot Efficacy and Tolerability: A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Levetiracetam for Essential// *Tremor Movement Disorders* — 2004. — Vol. 19, No. 10.

18. *Khurana D.S., Kothare S.V., Valencia I. et al.* Efficacy and tolerability of levetiracetam as adjunctive and monotherapy in pediatric epilepsy// *Epilepsia.* — 2004. — Vol. 45. — P. 321.

19. *Kwan P., Brodie M.J.* Early identification of refractory epilepsy// *N.Engl. J.Med.* — 2000. — Vol. 342. — P. 314–319.

20. *Lynch B.A.* The synaptic vesicle protein SV2A is the binding site for the antiepileptic drug levetiracetam // *PNAS.* — 2004. — Vol.101. — P. 9861–9866.

21. *Madeja M., Margineanu D.G., Gorji A. et al.* Reduction of voltage-operated potassium currents by

levetiracetam a novel antiepileptic mechanism of action// *Neuropharmacology.* — 2003. — Vol. 2003. — P.661–671.

22. *Pellock J., Glauser T., Bebin E. et al.* Pharmacokinetic study of levetiracetam in children//*Epilepsia.* — 2001. — Vol. 42(12). — P. 1574–1579.

23. *Perucca E., Johannessen S.I.* The ideal pharmacokinetics properties of an antiepileptic drug: how close does levetiracetam come? //*Epileptic Disord.* — 2003. — Vol. 5. — P. 17–26 .

24. *Piazzini A., Chifari R., Canevini M.P. et al.* Levetiracetam An improvement of attention and of oral fluency in patients with partial epilepsy// *Epilepsy Res.* — 2006. — Vol.68. — P.181–188.

25. *Post R.M., Altshuler L.L., Frye M.A. et al.* Levetiracetam in the open adjunctive treatment of refractory bipolar disorder // *J. Clin Psych.* — 2005. — Vol. 66. — P.370–374.

26. *Ritter F.J., Doescher J., Fros LM.D. et al.* Initial monotherapy with levetiracetam in children 3 years old and younger // *Epilepsia.* — 2004. — Vol. 45. — P.325.

Поступила 13.09.08.

THE USAGE OF LEVETIRACETAM IN EPILEPTIC CHILDREN

E.A. Balakireva, A.F. Neretina

Summary

Studied was tolerability of levetiracetam in 23 children of the first seven years of life. The appearance of side effects which are characteristic for levetiracetam did not exceed the permissible limits. The effectiveness of the drug was sufficiently high as in the mono- and also in the polytherapy.

Key words: children, epilepsy, levetiracetam.

УДК 616.831–006.484.03–053.2–089.8

СЛУЧАЙ АСТРОЦИТОМЫ СРЕДНЕГО МОЗГА У РЕБЕНКА

Светлана Яковлевна Волгина, Алия Наилевна Нурмеева

Кафедра педиатрии и перинатологии (зав. — проф. А.В. Кузнецова) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, e.mail: Volgina_Svetlana@mail.ru

Реферат

Представлено описание клинического случая успешного хирургического лечения ребенка 10 лет с опухолью среднего мозга. Благодаря разрешающей способности магнитно-резонансной томографии, диагноз был верифицирован у пациента в возрасте 2,5 лет. Современные возможности микронеурохирургии позволили хирургу улучшить состояние пациента путем удаления кистозной опухоли левой ножки мозга. Ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии с регрессом стволовой симптоматики.

Ключевые слова: астроцитомы, магнитно-резонансная томография, ребенок.

Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) — наиболее частые солидные опухоли у детей. Большинство опухолей головного мозга (70 — 80%) возникают из глиальных клеток и не метастазируют за пределы ЦНС до проведения

оперативных вмешательств. Они встречаются примерно в 65 случаев на 1 миллион детей до 15 лет, занимая второе место среди злокачественных новообразований (до 20%). У детей опухоли располагаются преимущественно по срединной линии (опухоли червя мозжечка, ствола мозга, III и IV желудочков, хиазмально-селлярной области и шишковидной железы). Чаще развиваются внутримозговые опухоли: астроцитомы (35%) и медуллобластомы (20%). Практически одинаково встречаются глиомы ствола мозга, эпендимомы и краниофарингиомы (7-8%) [1, 2].

Большой клинический интерес представляет астроцитомы — доброкачественная опухоль головного мозга. Группа типичных астроцитом включает фибриллярные (основной структурный элемент — волокнообразующие астроциты, к ним же относятся пилоидные опухоли), протоплазматические (скопления крупных округлых клеток,