

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*И.Г. Рудакова, А.С. Котов, Ю.А. Белова, С.В. Котов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Эпилепсия – одно из самых частых неврологических заболеваний, занимающее третье место в общей заболеваемости после сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета и третье место в неврологической заболеваемости. Ее дебют в 60% случаев приходится на детский и подростковый возраст, течение – на трудоспособный возраст. В связи с широкой распространенностью, тяжелой социальной и экономической стигматизацией не только для больного и его родственников, но и для общества в целом и, в то же время, потенциальной курабельностью заболевания, в 1997 г. по инициативе ВОЗ и Международной Противозепилептической Лиги (ILAE) объявлена кампания «эпилепсия из тени» («Out of shadows – a global campaign»), обращенная к политическим деятелям, законодателям, органам здравоохранения, медицинским и немедицинским организациям, которая породила широкий интерес к различным проблемам эпилепсии. По данным многочисленных социологических исследований, в развитых странах мира заболеваемость эпилепсией составляет 10-19, распространенность 5-10 на 1000 населения. Эпидемиологические исследования, проведенные в различных регионах РФ, демонстрируют аналогичные показатели. Крупномасштабных исследований на территории Московской области в этом направлении не проводилось. Московская область – крупное территориальное образование РФ с численностью населения около 6,5 миллионов человек, с развитой системой здравоохранения, однако помощь больным эпилепсией, численность которых составляет не менее 40-50 тысяч, до сих пор остается на низком уровне. А между тем общепризнано, что при условии адекватно и своевременно назначенного лечения у 75% больных может быть достигнута устойчивая ремиссия и даже полное излечение заболевания, а следовательно, – более высокое качество жизни и социальной адаптации как самих больных, так и членов их семей.

Изучение различных аспектов эпидемиологии эпилепсии в Московской области было начато нами в 2003 г. в рамках международной программы по изучению эпидемиологии эпилепсии (исследование в популяции жителей Наро-Фоминского района) и продолжено в дальнейшем на базе КДО МОНИКИ. Исследование обнаружило низкое качество диагностики и лечения эпилепсии. Распространенность заболевания среди жителей указанного района оказалась ниже, чем в аналогичных популяциях по данным крупномасштабных исследований и составила 3,9 на 1000. О недостаточной эффективности выявления, несвоевременной диагностике и позднем начале терапии эпилепсии свидетельствуют наиболее низкие показатели распространенности заболевания в возрастной популяции 14-18 лет, составившие 1,6 на 1000 населения. Между тем, дебют эпилепсии,

как известно, чаще всего приходится на детский и подростковый возраст. Это, несомненно, сказывается на показателях эффективности лечения и исхода заболевания. Пик заболеваемости в группе молодежи 19-29 лет, составивший 10,1 на 1000 населения, свидетельствует отнюдь не о росте заболеваемости в этой группе, а о лучшем качестве обследования и выявления эпилепсии, связанном с наступлением социальной зрелости (призывной возраст, поступление в учебные заведения, начало трудовой деятельности).

Изучение социального статуса больных эпилепсией показало значительное снижение их социальной активности. Количество работающих лиц в этой когорте оказалось в 3, а учащихся – в 2 с лишним раза меньше, чем в остальной популяции. Соотношение лиц, имеющих группу инвалидности, среди больных эпилепсией и в остальной популяции составило соответственно 29 (из них 28,2% – инвалиды 1-й и 2-й групп) к 1,3. Одним из основных критериев, ограничивающих трудоспособность больного эпилепсией, в большинстве случаев является частота приступов – показатель, тесно связанный с показателем эффективности противоэпилептической терапии. По заключению Комиссии по трудоустройству ILAE (1989) адекватная противоэпилептическая терапия не вызывает побочных эффектов, которые могут отразиться на качестве работы больных эпилепсией. Большинство видов деятельности являются приемлемыми для них. В последние годы повышение эффективности и качества лечения эпилепсии способствовало увеличению процента больных, поступающих в университеты и имеющих равные социальные возможности со здоровыми людьми (Andermann, 1992).

Исследования, направленные на изучение качества лечения больных эпилепсией в Московской области, показали, что в преобладающем большинстве случаев использовались нерациональные средства, необоснованные схемы и комбинации антиэпилептических препаратов (АЭП). У 37,9% больных проводилось лечение в режиме нерациональной политерапии, противоречащей международным стандартам, которые регламентируют в качестве основополагающего принципа – принцип монотерапии. Широко использовались различные комбинации препаратов второй и третьей очереди выбора, исключающие возможность сколько-нибудь эффективного контроля приступов. Из 36,3% больных, получающих лечение в режиме монотерапии, у половины (48,9%) использовались фенобарбитал и препараты на его основе – паглюферал, смесь Серейского, бензонал, которые не относятся к препаратам первого выбора ни при одной из форм эпилепсии. Остальные лечились АЭП первой очереди выбора – карбамазепином (46,7%) или препаратами вальпроевой кислоты (4,4%), неэффективность терапии которыми была связана с недифференцированным выбором АЭП (назначение без учета типа приступов и формы эпилепсии) или использованием недостаточной для достижения эффекта дозы, 25,8% больных получали терапию препаратами, не обладающими противоэпилептической активностью (мочегонные,

сосудистые, метаболические средства). Назначение подобного лечения чаще всего ассоциировалось с диагнозом «эпилептиформный синдром», подразумевающим «предэпилепсию», «угрозу развития эпилепсии» – понятия, по сути, абсурдные. В основе подобных формулировок, как правило, было отсутствие зарегистрированной эпилептиформной активности при рутинной записи ЭЭГ (без соблюдения рекомендуемого протокола исследования) или констатированное «снижение порога судорожной готовности» на ЭЭГ. Ни то, ни другое не позволяет отрицать или предполагать наличие или отсутствие заболевания, поскольку не является критерием диагностики эпилепсии. «Снижение порога судорожной готовности» – термин, не входящий в международную классификацию ЭЭГ, широко используемый в РФ для вольной субъективной трактовки разнообразных ЭЭГ-проявлений, не всегда являющихся патологическими.

Важнейшими вопросами, определяющими перспективу лечения эпилепсии, является своевременность и адекватность назначенной противозепилептической терапии. Проанализировано 130 историй болезни больных, обратившихся к эпилептологу КДО МОНИКИ в 2003-2004 гг., которым был установлен диагноз криптогенной или симптоматической парциальной эпилепсии и проведена коррекция неэффективной противозепилептической терапии в соответствии с формой заболевания и типом приступов. В режиме монотерапии лечение получали 82%, дуотерапии – 33% и политерапии (3 АЭП) – 4% больных. Устойчивая ремиссия достигнута у 63% (из них 59% получали монотерапию), снижение частоты приступов в 2 раза и более – у 33%, отсутствие эффекта отмечено лишь у 10,7% больных.

Наилучшие результаты лечения отмечены в группе ранее не леченных больных: устойчивая ремиссия достигнута при монотерапии в 69% случаев. Отмечена ярко выраженная связь эффективности терапии и длительности течения заболевания (коэффициент ассоциации Юла – 0,86; связь достоверна при его значении 0,5-1,0). У больных с длительностью заболевания до 1 года ремиссия достигнута в 80%, 1-5 лет – в 54%, 6-10 лет – в 42%, свыше 10 лет – в 32% наблюдений.

Не установлено связи между эффективностью лечения и этиологией парциальной эпилепсии взрослых, наличием видимого при нейровизуализации структурного дефекта вещества головного мозга ($r=0,99$; $t=9,9$; $p=0,01$) или выявляемым очагом патологической активности на ЭЭГ ($r=0,99$; $t=9,9$; $p=0,01$). Безусловно, эти показатели отражают не что иное, как недостаточную разрешающую способность используемых методов нейроимиджинга и низкую информативность рутинных методов ЭЭГ-исследования и являются дополнительным свидетельством первостепенной значимости клинических проявлений в диагностике эпилепсии и выборе терапевтической тактики.

Исследуя экономические аспекты лечения эпилепсии, мы получили следующие результаты. При переводе пациентов с неэффективного лечения АЭП 2-й и 3-й очереди выбора на АЭП 1-й очереди выбора в адекватной дозе не только не происходит дополнительных

затрат, но и в среднем экономится 125,34 рубля на медицинскую помощь одному пациенту в год. Затраты же на медицинскую помощь больным, не получающим противосудорожного лечения, оказались больше, чем при назначении адекватной терапии. В среднем, экономия составила до 4304,44 рублей в год на одного пациента. Данные рассчитаны с учетом стоимости всех оказанных услуг: посещения врача, вызов скорой помощи, госпитализации, проведения дополнительных манипуляций по поводу событий, наступивших в связи с приступом, в том числе травм.

С учетом неэффективности нерациональной терапии у 75% больных парциальной эпилепсией, можно говорить о том, что исходно средства на медицинскую помощь для них на 75% были потрачены впустую. И это только прямые экономические затраты. С учетом социального, общественного и личного ущерба для больного и членов его семьи эти цифры несоизмеримо возрастут.

Таким образом, улучшение качества диагностики и оптимизация терапии больных эпилепсией в Московской области выгодны с экономической и социальной точек зрения. Медицинская помощь больным эпилепсией должна оказываться при непосредственном участии неврологов, обладающих необходимыми знаниями в области эпилептологии, поскольку, чем раньше установлен диагноз и назначена адекватная терапия, тем выше медицинская, социальная и экономическая эффективность для общества, больного и членов его семьи.

СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*А.А. Рябцева, В.Ю. Кокорев, И.Ю. Тарабанько
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Московская область (МО) является одним из крупных регионов Российской Федерации с численностью населения 6 397 700 человек, включая 1 182 667 детей (2003 г.).

По данным диспансеризации, в МО в возрасте до 17 лет только 37,7% детей признаны здоровыми (I группа здоровья), в РФ – 32,1%; функциональные отклонения (II группа здоровья) имеют 47,9% детей, в РФ – 51,7%; доля детей с хроническими заболеваниями (III-IV-V группы здоровья) составляет 14,4%, в РФ – 16,2%. Небольшие расхождения с российскими показателями говорят о том, что в МО в 1,17 раз больше здоровых детей и меньше детей с хроническими заболеваниями. Пациенты с функциональными отклонениями преобладают среди детей всех возрастных групп в МО и в РФ [1, 3].

Распространенность хронических заболеваний у детей и подростков до 17 лет в МО по итогам диспансеризации и официальным статистическим данным была значительной и составила 783,83 на 1000 детей (613 687 детей). У мальчиков она выше (793,67 на 1000),