

развития припадков в период родов, а также повторным оперативным родоразрешением. Однако в 1/3 случаев роды были самопроизвольными и протекали без осложнений.

Проводилось также изучение влияния отягощенной по эпилепсии наследственности по линии матери на развитие детей, вероятного возникновения у них эпилепсии, а также тератогенного и токсического воздействия антиэпилептических препаратов на плод и грудного ребенка. Проведено наблюдение за 39 детьми в возрасте от 0 до 12 лет (из них до 1 года – 19, от 1 года до 12 лет – 20).

Низкие значения массы тела при рождении отмечались у 9, средние – у 24, высокие – у 6 новорожденных. Период ранней неонатальной адаптации протекал без особенностей в 18 случаях. У 21 ребенка в период новорожденности выявлены различные осложнения: синдром угнетения – 8 случаев, синдром возбуждения – 4, желтуха – 6, геморрагический синдром – 3.

Пороков развития у детей, находившихся под наблюдением, не было выявлено как клинически, так и при проведении дополнительного обследования. Отмечалось наличие единичных стигм дизэмбриогенеза, таких, как аномалии формы черепа (4 наблюдения), ушных раковин (5), орбитальной области (6), готическое небо (1 случай), поперечная складка ладони (1), пупочная грыжа (1), косолапость (1).

Наблюдение за грудными детьми, рожденными от матерей, больных эпилепсией, а также обследование родных сибсов в возрасте до 12 лет, не выявило достоверных отклонений от нормы в их развитии (за исключением 1 ребенка с абстинентным синдромом при рождении).

Проведенное исследование показало, что женщинам, страдающим эпилепсией, необходимо планировать беременность и еще до ее наступления корректировать противосудорожную терапию. Показано сопровождение беременной не только врачом акушером-гинекологом, но и эпилептологом. Осмотр новорожденного в родильном доме должен осуществляться неврологом с учетом особенностей влияния противосудорожных препаратов на течение постнатальной адаптации. Рекомендуется наблюдение за детьми детским психологом для раннего выявления отставания в развитии.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ И КРИПТОГЕННЫХ ПАРЦИАЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЙ У ВЗРОСЛЫХ

А.С. Котов, И.Г. Рудакова, Ю.А. Белова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Симптоматические (СПЭ) и криптогенные парциальные эпилепсии (КПЭ) – наиболее частые формы заболевания у взрослых [1, 2]. Процент достижения ремиссии при СПЭ и КПЭ значительно ниже, чем при идиопатических эпилепсиях [3,4,7]. Выявление предикторов эффективности лечения СПЭ и КПЭ необходимо для адекватного прогноза течения заболевания и подбора рациональной терапии. В ряде исследований отмечается прогностическая значимость таких факторов, как частота приступов в первые 6 месяцев после дебюта заболевания, ответ на терапию первым противосудорожным препаратом, форма эпилепсии, молодой возраст начала заболевания, тяжелая черепно-мозговая травма, семейный анамнез эпилепсии, наличие психических заболеваний, характер приступов, отягощенный перинатальный анамнез, структурные поражения височных долей головного мозга, изменения на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Нами было обследовано 175 больных СПЭ и КПЭ, мужчин – 73 и женщин – 102, в возрасте от 18 до 76 лет. Всем больным было проведено стандартное обследование, включающее клинический и неврологический осмотр, рутинную меж-

приступную ЭЭГ, нейровизуализацию, назначена впервые или скорректирована предшествующая противозипилептическая терапия. У всех пациентов прослежен катамнез в течение 12 и более месяцев. Эффективность лечения оценивалась на основании дневников приступов, заполняемых больными или их родственниками. Достижение ремиссии было констатировано у пациентов с отсутствием приступов за период наблюдения. Снижение частоты приступов на 50% и более расценивалось как улучшение, снижение частоты приступов менее чем на 50% или сохранение их прежней частоты – как отсутствие эффекта.

По результатам годового наблюдения ремиссия была достигнута у 96 пациентов (54,8%), снижение числа приступов на 50% и более (улучшение) – у 45 (25,8%), отсутствие существенного эффекта отмечалось у 34 пациентов (19,4%).

С благоприятным эффектом от лечения ассоциировалось отсутствие анатомо-электроклинической корреляции эпилептического очага (АЭКК), то есть совпадения структурного поражения головного мозга, фокальной эпилептиформной активности на ЭЭГ и клиники парциальных приступов (табл. 1).

У пациентов с отсутствием АЭКК ремиссии удалось добиться в 65,3% случаев, с наличием – лишь в 30,8% ($p < 0,05$). Отсутствие эффекта от терапии регистрировалось в 12,3 и 26,9% случаев соответственно ($p < 0,05$).

Таблица 1

Эффективность лечения СПЭ и КПЭ в зависимости от наличия анатомо-электроклинической корреляции эпилептического очага

Эффективность лечения	Нет АЭКК		Есть АЭКК	
	абс.	%	абс.	%
Ремиссия	32	65,3	8	30,8
Улучшение	11	22,4	11	42,3
Нет эффекта	6	12,3	7	26,9
Всего	49	100	26	100

При рутинной ЭЭГ эпилептиформная активность (ЭА) была выявлена у 109 (62,3%) пациентов. У 66 (37,7%) патологических изменений выявлено не было. Наиболее частой патологической находкой была фокальная ЭА, характерная для симптоматических и криптогенных парциальных эпилепсий. Наличие ЭА при рутинной межприступной ЭЭГ было предиктором неэффективности лечения (табл. 2). Ремиссия у больных без ЭА достигалась в 69,7% случаев, с ее наличием – лишь в 45,9% ($p < 0,01$), отсутствие эффекта от проводимой терапии – в 12,1 и 22,9% соответственно ($p < 0,01$).

Таблица 2

Эффективность лечения в зависимости от наличия эпилептиформной активности, выявляемой при рутинном исследовании скальпной ЭЭГ

Эффективность лечения	Есть ЭА		Нет ЭА	
	абс.	%	абс.	%
Ремиссия	50	45,9	46	69,7
Улучшение	34	31,2	12	18,2
Нет эффекта	25	22,9	8	12,1
Всего	109	100	66	100

Очевидно, выявляемая при рутинной межприступной ЭЭГ патологическая активность свидетельствует об активности текущего эпилептического процесса и ассоциируется с неблагоприятным прогнозом достижения ремиссии.

Продолжительность активной фазы заболевания (персистирования приступов) коррелировала с отсутствием эффекта от проводимого лечения: $r = 0,38$; $t = 5,4$; $p < 0,001$ (табл. 3).

Таблица 3

Результаты лечения в зависимости от длительности течения заболевания

Эффективность лечения	Длительность течения заболевания					
	до 5 лет		6-15 лет		16 и более лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ремиссия	45	68,2	35	53,8	16	36,4
Улучшение	14	21,2	22	33,8	9	20,5
Нет эффекта	7	10,6	8	12,3	19	43,1
Всего	66	100	65	100	44	100

Низкая частота приступов также коррелировала с позитивным эффектом терапии ($r = 0,28$; $t = 3,6$; $p < 0,001$). Оценена эффективность лечения у больных с ежедневными приступами более 1 в сутки ($n = 27$), ежемесячными – от 1 в сутки до 1 в месяц ($n = 80$) и несколькими приступами в год – от 1 в месяц до 1 в год ($n = 68$). У пациентов с ежедневными приступами частота достижения ремиссии была достоверно ниже ($2 = 20,3$; $p < 0,001$). Данные представлены в табл. 4.

Таблица 4

Влияние частоты эпилептических приступов на эффективность лечения СПЭ и КПЭ

Эффективность лечения	Частота приступов					
	более 1 в сут		от 1 в сут до 1 в мес.		от 1 в мес. до 1 в год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ремиссия	7	25,9	41	51,3	48	70,6
Улучшение	9	33,3	26	32,5	10	14,7
Нет эффекта	11	49,7	13	16,3	10	14,7
Всего	27	100	80	100	68	100

Была изучена эффективность лечения симптоматических и криптогенных парциальных эпилепсий у 23 больных с изолированными парциальными приступами (ПП), 52 с изолированными вторично-генерализованными приступами (ВГСП) и у 98 с сочетанием данных форм приступов (ПП и ВГСП). Частота достижения ремиссии была достоверно ($p < 0,05$) выше у пациентов с изолированными ВГСП.

Таблица 5

Сравнительная эффективность лечения в зависимости от типа приступов

Эффективность лечения	ПП		ВГСП		ПП и ВГСП	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ремиссия	9	39,1	33	63,5	44	44,9
Улучшение	9	39,1	10	19,3	29	29,6
Нет эффекта	5	21,7	9	17,3	25	25,5
Всего	23	100	52	100	98	100

Выявлено, что наличие у больных симптоматическими и криптогенными парциальными эпилепсиями изолированных ВГСП являлось прогностически благоприятным фактором в отношении достижения ремиссии.

Наличие структурного поражения головного мозга, по данным нейровизуализации, и характер предшествующей противозепилептической терапии достоверно не влияли на эффективность проводимого лечения ($p < 0,05$).

Таким образом, предикторами эффективности лечения СПЭ и КПЭ у взрослых являются: отсутствие АЭКК эпилептического очага и эпилептиформной активности при рутинной ЭЭГ, короткая продолжительность заболевания, низкая частота приступов, изолированные вторично-генерализованные приступы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зенков Л.П. Клиническая эпилептология. М., 2002. – 415 с.
2. Котов С.В., Рудакова И.Г., Котов А.С., Белова Ю.А // VI Восточно-европейская конференция: Эпилепсия и клиническая нейрофизиология. – Гурзуф, 2004. – С. 26-27.
3. Мухин К.Ю., Глухова Л.Ю. // Эпилепсия. Атлас электро-клинической диагностики. – М., 2004. – С 389-406.
4. Петрухин А.С., Мухин К.Ю., Благосклонова Н.К., Алиханов А.А. Эпилептология детского возраста. – М., 2000. – 623 с.
5. Beghi E., Gatti G., Tonini C. et al. // *Epilepsy Res.* – 2003. – V. 57, № 1. – P. 1-13.
6. Berg A.T., Shinnar S., Levy S.R. et al. // *Epilepsia.* – 2001. – V. 42, № 12. – P.1553-1562.
7. Brodie M.J., Mohanraj R. // *Epilepsia.* – 2003. – V. 44. – P. 15-16.
8. Brodie M.J., Mohanraj R. // *Epilepsia.* – 2003. – V. 44, Suppl. 9. – P. 14.
9. Cockerell O.C., Johnson A.L., Sander J.W.A.S. et al. // *Lancet.* – 1995. – V. 346. – P. 140-144.
10. Dlugos D.J., Buono R.J. Predicting outcome of initial treatment with carbamazepine in childhood focal epilepsy // *Pediatr Neurol.* – 2004. – V. 30, № 5. – P. 311-315.
11. Dlugos D.J., Sammel M.D., Storm B.L., Farrar J.T. // *Neurology.* – 2001. – V. 57. – P. 2259-2264.
12. Kramer U // *J. Child. Neurol.* – 1999. – V. 14, № 8. – P. 485-489.
13. Kwan P., Brodie M.J. // *Epilepsia.* – 2001. – V. 42. – P. 1255-1260.
14. MacDonald B.K., Johnson A.L., Goodridge D.M. et al. // *Ann. Neurol.* – 2000. – V. 48. – P. 833-841.