

ла 12,3-24,2 тыс. руб., в зависимости от выбора АЭП. Стоимость одной дополнительной единицы эффективности терапии при переводе на АЭП1 составляет 58,1-227,2 руб. в год на одного пациента, при использовании АЭП нового поколения – 231,1 руб. в год.

Важно подчеркнуть, что отсутствие терапии обходится дороже, чем лечение больного эпилепсией самыми дорогостоящими АЭП. На одного пациента, исходно не получавшего АЭП, затраты уменьшились в среднем на 4,3 тыс. руб. в год.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

- из 173 больных КПЭ, СПЭ, обратившихся к epileптологу КДО МОНИКИ, у 57,2% затраты были полностью неэффективны;
- оптимизированная терапия дала положительный эффект у 87,08% больных, при этом увеличение затрат было незначительно, а в некоторых случаях происходило снижение стоимости АЭТ по сравнению с исходной;
- отсутствие терапии эпилепсии обходится обществу дороже, чем ее адекватное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П.Н. // Consilium – Medicum, 2004. – Т. 6. – №2.
2. Воробьев П.А. и др. Клинико-экономический анализ. – М., 2004. – С.135, 198-200; 202-218; 223.
3. Гехт А.Б. // Consilium – Medicum, 2000. – Т. 2, №2.
4. Зенков Р. // Рос. мед. журн. – 2003. – №1 – С.1-8.
5. Postma M.J. // Pharm. Word. Sci. – 2003. V. 25, №6. – P. 245-246.
6. Walley T. // J. Headache Pain, 2004.

ПРОБЛЕМА БЕРЕМЕННОСТИ И РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

И.Е. Повереннова, А.В. Якунина, Е.Н. Постнова

Самарский государственный медицинский университет

Общеизвестно, что частота встречаемости эпилепсии в популяции достигает 1%, из них от 25 до 40% – женщины детородного возраста. Замужество и рождение здорового ребенка – одна из самых важных целей для любой женщины. Данная цель реальна и достижима для абсолютного большинства женщин, страдающих эпилепсией. Взгляд на беременность у женщины, страдающей эпилепсией, в последние годы стал более оптимистичным в связи с развитием противоэпилептической службы, доступностью эффективных антиконвульсантов, высоким уровнем дородовой диагностики врожденных пороков развития у плода.

В Самарском противоэпилептическом центре в период беременности и в послеродовом периоде наблюдались 25 женщин, страдающих эпилепсией. У 9 пациенток диагностирована генерализованная эпилепсия, у 16 – парциальная (по Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов, 1991). Среди парциальных форм преобладала височная эпилепсия – 11 наблюдений, лобная и теменная эпилепсии встретились в 4 и 1 случае соответственно. Отягощенность по эпилепсии была выявлена у 7 женщин, причем у 3 эпилептическими припадками страдали родственники I степени родства (родные сибсы).

Беременность наступила на фоне диагностированной эпилепсии у 23 пациенток. Частота приступов к моменту возникновения беременности у 7 женщин была высокой (более 4 в месяц), причем у большинства возникали парциальные приступы (простые и комплексные). Припадки средней частоты (от 2-3 в месяц до 3-4 в год) возникали у 6 пациенток, редкие приступы (реже 2 в год) – у 5. В 5 наблюдениях эпилепсия находилась в стадии ремиссии. В 2 наблюдениях эпилеп-

тические приступы впервые возникли уже на фоне беременности. У одной из пациенток в анамнезе было оперативное вмешательство (клипирование) по поводу артерио-венозной мальформации левой лобной доли за 9 лет до настоящей беременности, а приступы впервые возникли уже в родильном доме в 38 недель беременности. Причем, предыдущая беременность прошла без патологии и закончилась рождением здорового ребенка. Во втором наблюдении приступы у пациентки впервые возникли на раннем сроке беременности (3-4 недели), и была диагностирована эпилепсия с генерализованными судорожными приступами пробуждения. У родной тети этой пациентки также возникали эпилептические припадки только в период беременности, поэтому эпилепсия была расценена как гестационная.

Беременность, наблюдаемая нами, у большинства пациенток (15) была первая. В 10 случаях были предыдущие беременности, закончившиеся родами у 6 пациенток. У 5 женщин в анамнезе были медицинские аборт, у 2 – выкидыши. Настоящая беременность закончилась рождением второго ребенка у 9 женщин, у 1 женщины родился 6-й ребенок (все предыдущие дети здоровы).

В момент возникновения беременности не принимали антиконвульсанты 7 женщин (4 из них препараты были назначены после 12 недель беременности). У 13 пациенток беременность возникла на фоне приема одного препарата в допустимых для беременных дозах (6 женщин принимали барбитураты, 5 – вальпроаты, 2 – карбамазепиновые препараты). У пятерых пациенток беременность возникла на фоне политерапии (барбитураты + финлепсин – 1 наблюдение; вальпроаты + финлепсин – 3; вальпроаты + финлепсин + барбитураты – 1).

Течение эпилепсии не изменилось на фоне беременности у 12 пациенток. В эту подгруппу попали все женщины с ремиссией эпилепсии, так как ни у одной из них беременность не спровоцировала срыва ремиссии. У 6 женщин было отмечено урежение частоты приступов, у 5 приступы участились, причем в единичном случае на 30-й неделе беременности соматомоторные припадки приобрели характер серийного течения.

Планируемая с учетом сопутствующей эпилепсии беременность возникла лишь у 5 пациенток. Они до наступления беременности наблюдались эпилептологом, была подобрана оптимальная противосудорожная терапия, заблаговременно дополнительно назначена фолиевая кислота. У всех пациенток течение эпилепсии было благоприятным (у трех женщин эпилепсия находилась в стадии ремиссии, а у двух были редкие парциальные припадки). Ни у одной из них состояние на фоне беременности не ухудшилось. Обратились к эпилептологу в первом триместре беременности 9 пациенток, 3 женщины осмотрены во втором триместре беременности, 8 – в третьем триместре беременности. Коррекция антиконвульсантной терапии проводилась с учетом характера течения эпилепсии и возможного тератогенного и токсического воздействия антиконвульсантов на плод. Дозы принимаемых препаратов были увеличены, либо препарат впервые назначался в период беременности только пациенткам с участвовавшими приступами. Ни в одном случае доза антиконвульсантов не повышалась до 12 недель беременности. Ни в одном случае не проводился перевод пациентки с одного препарата на другой.

Дородовая скрининговая диагностика врожденных пороков развития плода неинвазивными методами проведена всем пациенткам в корректные сроки. В одном случае был проведен кордоцентез в связи с высоким риском ВПР (возраст матери старше 35 лет, прием высоких доз антиконвульсантов в режиме политерапии). Значимой патологии не было выявлено ни в одном случае.

Прерывания беременности в связи с ухудшением течения эпилепсии не было проведено ни в одном случае. Родоразрешение проводилось путем планового кесарева сечения в 2/3 случаев, что было обусловлено опасностью

развития припадков в период родов, а также повторным оперативным родо-разрешением. 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), ко-солапость (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 противозепилептическую 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. Рекомендуются 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 противозепилептическим 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-