

Проблема эпилепсии в Российской Федерации*

А.И. Федин

Эпилепсия является распространенным заболеванием нервной системы, так как в международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10) излагается в классе VI “Болезни нервной системы”, раздел “Эпизодические и пароксизмальные расстройства” (шифры G40–G47). Сложность проблемы оказания помощи больным с эпилепсией заключается в том, что многие больные имеют психические расстройства, и лечение больных с неврологическим заболеванием в этих случаях проводят психиатры.

При изучении эпидемиологии инфекционных заболеваний заболеваемость отражает число новых случаев заболевания в году на 100 000 человек. Показатели заболеваемости эпилепсией в различных странах варьируют от 11 до 134/100 000.

В России точных данных об эпидемиологии эпилепсии нет, так как различные статистические данные учитывают обращаемость больных по поводу эпилепсии в поликлиниках и психоневрологических диспансерах, число больных, прошедших стационарное лечение. Созданный в 1996 г. организационно-методический и лечебно-консультативный Российский эпилептологический центр МЗ РФ (РЭЦ) впервые обобщил разрозненные статистические данные, которые дают ориентировочное представление об

эпидемиологии эпилепсии в нашей стране (рис. 1).

Как показано на рис. 1, заболеваемость эпилепсией в нашей стране является высокой и в динамике за 5 лет увеличилась на 38,3%. На рис. 2 показана заболеваемость эпилепсией в различных регионах России в 1998 г. В этом году средняя заболеваемость в России составляла 95/100 000. Самой низкой была заболеваемость в Черноземье (60/100 000), высокой – в Восточной Сибири (142/100 000). Интересным и требующим своего объяснения является факт увеличения заболеваемости в азиатской части страны, где заболеваемость выше российского показателя на 24,2–49,5%.

На эпидемиологию эпилепсии, как и других заболеваний, влияют социальные факторы, что особенно наглядно видно при изучении распространенности эпилепсии (число случаев активной эпилепсии в году на 100 000 человек) в Северо-Кавказском регионе в годы военных действий в Чеченской республике (рис. 3). Как представлено на рис. 3, в 1994 и 1995 годах наблюдалось резкое повышение распространенности эпилепсии в республиках Северного Кавказа, территориально примыкающих к Чеченской республике, или в местах наибольшего скопления беженцев (Дагестан, Ингушетия, Ставропольский и Краснодарский края, Ростовская область). Показательно снижение распространенности эпилепсии в этих регионах после окончания военных действий в 1996 г. В эти же годы не было существенной динамики распространенности эпилепсии в других, более отдаленных республиках (Адыгейская, Карачаево-Черкесская, Северо-Осетинская, Кабардино-Балкарская республики) Северного Кавказа. Подобные эпиде-

миологические данные, возможно, связаны с увеличением травматической эпилепсии, а также с увеличением стресса населения и обострения заболевания у больных с имевшейся ранее эпилепсией.

Заболеваемость эпилепсией за все годы мониторинга заболевания РЭЦ в России преобладает у мужчин по сравнению с женщинами (рис. 4). Это объясняется, по-видимому, преобладанием у мужчин травматической и токсической эпилепсии.

На рис. 5 представлены показатели заболеваемости эпилепсией в различных возрастных группах (в исследование не включены больные детского и юношеского возраста). Наибольшая заболеваемость отмечена в группе 18–20 лет, затем она снижается в следующих возрастных группах и начинает повышаться в пожилом возрасте старше 60 лет. Наибольшая заболеваемость определяется в возрасте старше 70 лет. Это связано с ростом сосудистых и дегенеративных заболеваний головного мозга в старших возрастных группах.

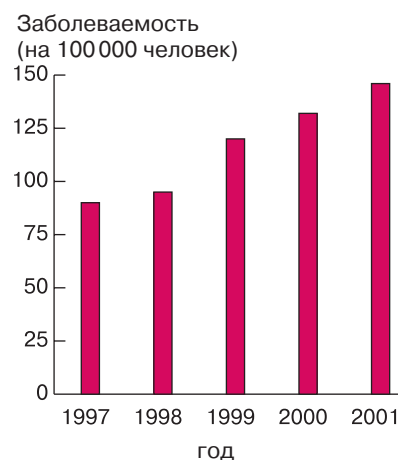
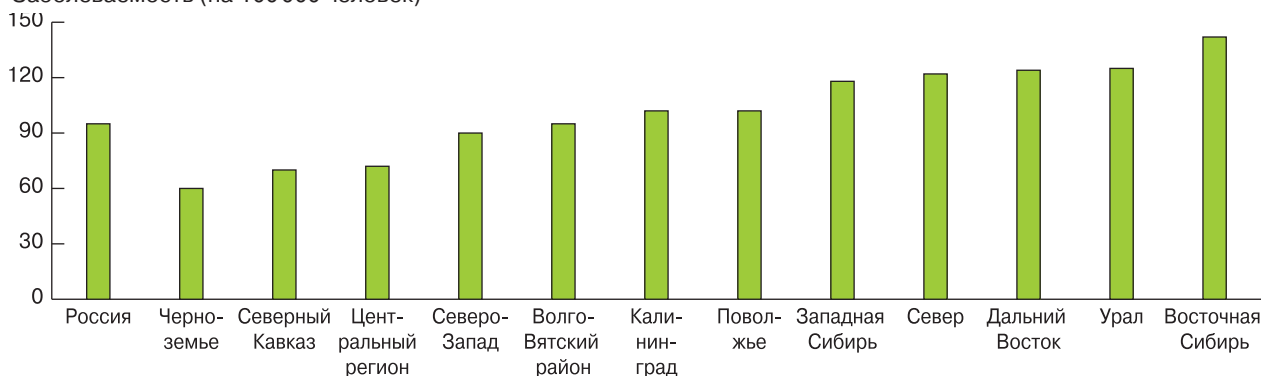


Рис. 1. Заболеваемость эпилепсией в России в 1997–2001 годах.

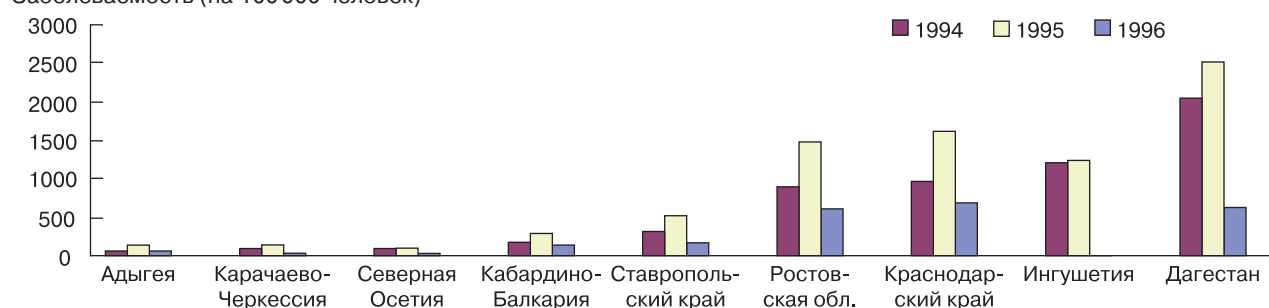
Анатолий Иванович Федин – профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ФУВ РГМУ.

* Лекция представлена на основании доклада руководителя Российского эпилептологического центра МЗ РФ профессора А.И. Федина, сделанного на международной конференции “Эпилепсия из тени”, состоявшейся в Москве 14–15 мая 2003 г.

Заболеваемость (на 100 000 человек)

**Рис. 2.** Заболеваемость эпилепсией в различных регионах России в 1998 г.

Заболеваемость (на 100 000 человек)

**Рис. 3.** Заболеваемость эпилепсией (по данным психиатрических лечебных учреждений) в Северо-Кавказском регионе в 1994–1996 годах.

В лечении эпилепсии в нашей стране принимают участие различные специалисты, которые оказывают первичную медицинскую помощь при обострении заболевания, интенсивную терапию при осложнении заболевания повторяющимися эпилептическими припадками, их сериями и эпилептическим статусом, а также амбулаторное обследование и лечение при хро-

низации эпилептического процесса. В табл. 1 показано участие специалистов на различных этапах оказания медицинской помощи при эпилепсии.

Как представлено в табл. 2, оказание медицинской помощи при эпилепсии имеет в нашей стране свои национальные особенности. При развитии эпилептического припадка к больному, как правило, вызывается бригада

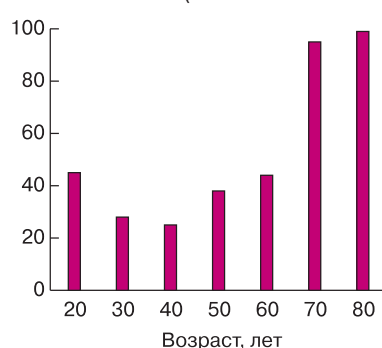
интенсивной терапии станции скорой медицинской помощи, врач которой (в ряде городов фельдшер) проводит медикаментозную терапию для купирования припадка. В крупных городах функционируют специализированные неврологические бригады, которые направляются к больным с серией эпилептических припадков и эпилептическим статусом.

Госпитализация больных проводится при первом в жизни эпилептическом припадке, серии припадков и эпилептическом статусе. В последних случаях больному оказывается помощь в реанимационном отделении или палатах интенсивной терапии неврологического отделения многопрофильной больницы или аналогичных отделениях психиатрической больницы. В эти же больницы помещаются больные с эпилептическими психозами.

Актуальной проблемой является развитие нейрохирургической помощи больным с резистентной эпилеп-

**Рис. 4.** Заболеваемость эпилепсией в России в зависимости от пола (2001 г.).

Заболеваемость (на 100 000 человек)

**Рис. 5.** Заболеваемость эпилепсией в России в различных возрастных группах (2001 г.).

сией, которая проводится в ограниченном числе городов.

В нашей стране сложилась практика, что основная часть больных с эпилепсией во взрослом возрасте на амбулаторном этапе состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Это ведет к определенным социальным негативным последствиям, так как больные без психических расстройств зачастую отказываются от посещения психиатрического учреждения и от лечения. В дальнейшем это приводит к хронизации процесса, эпилептизации мозга и резистентной эпилепсии. В табл. 2 приводятся сведения о больных с эпилепсией, состоявших на учете в различных лечебных учреждениях Москвы в 2000 г.

Как показано в табл. 2, в 2000 г. больные с эпилепсией без психотических расстройств составляли 62,3% от общего числа больных с эпилепсией. На учете в поликлиниках Москвы у неврологов состояли только 2113 больных (23,0%) из этого числа больных, 7062 (77,0%) из них фактически пребывали в психиатрических учреждениях не по профилю, так как им не требовалась психиатрическая помощь. Больные с эпилепсией без психотических расстройств составляют почти половину (47,9%) структуры больных с эпилепсией в психоневрологических диспансерах (см. табл. 2).

В связи с этим актуальной для нашей страны является перевод больных с эпилепсией без психотических расстройств для амбулаторного лечения в муниципальные поликлиники под наблюдение неврологов. С 2000 г. в Москве стала осуществляться программа организации специализированных кабинетов неврологов-эпилептологов в поликлиниках административных округов с численностью населения более 1 млн. В настоящее время организовано 10 подобных кабинетов, для работы в которых неврологи прошли специализацию по неврологии на кафедре неврологии ФУВ РГМУ и РЭЦ. За прошедшие годы на кафедре и в центре прошли специализацию по эпилептологии 132 врача из 18 регионов страны.

Таблица 1. Этапы оказания медицинской помощи при эпилепсии взрослого возраста в России

Этапы медицинской помощи	Лечебные учреждения	Специалисты
Первичная медицинская помощь	Станция скорой медицинской помощи	Врачи бригад интенсивной терапии, неврологи специализированных неврологических бригад
Интенсивная терапия в многопрофильной или психиатрической больнице	Реанимационные отделения Палаты интенсивной терапии Неврологические отделения Психиатрические отделения	Реаниматологи Неврологи Психиатры
Нейрохирургическая помощь		
Амбулаторное лечение	Муниципальная поликлиника Психоневрологический диспансер Специализированный эпилептологический центр	Невролог Психиатр Невролог или психиатр со специализацией по эпилептологии (эпилептолог)

Таблица 2. Больные с эпилепсией, состоящие на учете в лечебных учреждениях Москвы (2000 г.)

Лечебное учреждение	Эпилепсия с психозом и слабоумием		Эпилепсия без психотических расстройств		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Психоневрологический диспансер	5566	37,7	7062	47,9	12628	85,6
Поликлиника	—	—	2113	14,4	2113	14,4
Всего	5566	37,7	9175	62,3	14741	100,0

Наиболее оптимальной является организация специализированных эпилептологических центров, в которых больным может быть проведено необходимое диагностическое обследование и лечение с участием невролога, интерниста, психолога, психотерапевта и при необходимости психиатра. Более 15 лет подобный центр функционирует в Санкт-Петербурге (ранее Ленинграде). В 1996 г. МЗ РФ был создан Российский эпилептологический центр. В последние годы региональные эпилептологические центры созданы в 17 регионах страны.

Обратимся к опыту других стран по оказанию помощи больным с эпилепсией. Так, в Великобритании только 30% больных с эпилепсией взрослого возраста наблюдаются в госпитальных клиниках. Основная часть больных проходит лечение у врачей общей

практики. Около 2% наблюдаются у частных врачей. Со взрослыми пациентами в стране работают 270 неврологов.

Таблица 3. Структура пролеченных больных эпилепсией в Российском эпилептологическом центре в 2000–2002 годах

Этиология эпилепсии	Число больных	
	абс.	%
Цереброваскулярные болезни	278	41,1
Сосудистые мальформации	55	8,1
Черепная травма	184	27,3
Инфекции нервной системы	17	2,5
Опухоли мозга	43	6,4
Дегенеративные заболевания	42	6,2
Резидуальные поражения мозга	56	8,4
Всего	675	100,0

Таблица 4. Противосудорожные препараты, применяющиеся в России

Название препарата			
первый ряд		второй ряд	
международное название	торговое название	международное название	торговое название
Карbamазепин	Карbamазепин, финлепсин, тегретол	Бензодиазепины	Клоназепам, клобазам
Вальпроаты	Депакин, конвулекс, конвульсофин	Ацетазоламид	Диакарб
Фенитоин	Дифенин	Ламотриджин	Ламиктал
Фенобарбитал	Люминал	Топирамат	Топамакс
Примидон	Гексамидин	Габапентин	Габапентин
Этосуксимид	Суксилеп	Вигабатрин	Вигабатрин

гов с расчетом потребности 1 невролог на 200 000–250 000 человек.

В Германии основная часть больных с хронической эпилепсией взрослого возраста состоит на учете в 39 эпилептических клиниках. В 19 клиниках производится нейрохирургическое лечение.

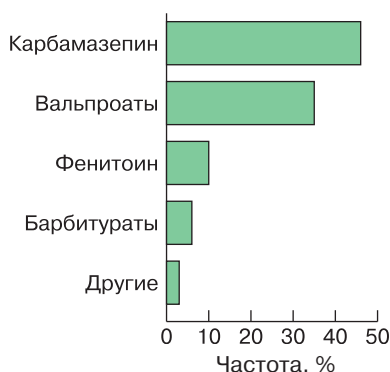


Рис. 6. Частота применения (%) различных ПЭП в Российском эпилептологическом центре.

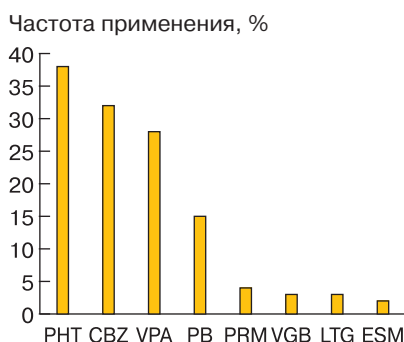


Рис. 7. ПЭП, применяемые в Великобритании. PHT – фенитоин, CBZ – карbamазепин, VPA – вальпроаты, PB – фенобарбитал, PRM – примидон, VGB – вигабатрин, LTG – ламотриджин, ESM – этосуксимид.

Во Франции организовано 15 специализированных центров для больных с тяжелыми формами эпилепсии. Основная часть больных обслуживается или частными врачами, или неврологами-консультантами госпитальных клиник, меньшая – врачами общей практики. Число неврологов составляет 2 врача на 100 000 населения.

В Японии помощь больным с эпилепсией оказывается различными специалистами, среди которых в соответствии с национальной номенклатурой врачей специальностей нейрорепсихиатры (45,5%), неврологи (5,6%), неврологи-интернисты (4%), нейрохирурги (8,7%), интернисты (10,5%) и педиатры для детей с эпилепсией. В стране функционирует только один специализированный эпилептологический центр.

Особую категорию составляют больные с впервые выявленной эпилепсией (инициальная эпилепсия), которые требуют детального обследования для установления этиологии эпилепсии и исключения симптоматической эпилепсии. В протокол обследования в этих случаях включается неврологическое и соматическое обследование, лабораторная диагностика, функциональная диагностика внутренних органов. В обязательное обследование входит электроэнцефалографическое исследование, примечательно, что в последнее десятилетие в стране повсеместно внедряются цифровые электроэнцефалографы с компьютерным анализом электроэнцефалограмм. Перспективно внедрение систем видеозлектроэнцефалографичес-

кого мониторинга, выпускаемых отечественной промышленностью.

Установление этиологического диагноза при эпилепсии невозможно без проведения методов нейровизуализации. В этом плане наиболее информативной является магнитно-резонансная томография головного мозга, которая для многих больных доступна только при условии ее оплаты по полисам обязательного медицинского страхования. Несомненно, что за последнее десятилетие ситуация с обследованием пациентов указанным методом в стране изменилась к лучшему, но во многих регионах это остается нерешенной проблемой. Вместе с тем, значение проведения нейровизуализации особенно наглядно при анализе структуры пролеченных больных в РЭЦ за 3 года.

Как представлено в табл. 3, наибольшую часть составили больные с симптоматической эпилепсией (91,6%), среди которых наибольший удельный вес имели больные с цереброваскулярной болезнью. На втором месте по частоте были последствия черепно-мозговой травмы. Установление этиологического диагноза было невозможно без проведения методов нейровизуализации.

Обследование больных с инициальной эпилепсией во взрослом возрасте проводится в поликлиниках и консультативно-диагностических центрах, больницах различной ведомственной подчиненности (преимущественно городских), научно-исследовательских институтах, кафедрах медицинских университетов и академий.

Наиболее важной является проблема лечения эпилепсии. Проведение семинаров, циклов обучения и научно-практических конференций, которые стали проходить в нашей стране особенно часто в последние годы, позволило внедрить современные методики противосудорожной терапии, основанной на дифференцированной монотерапии одним противосудорожным препаратом (ПЭП) в зависимости от клинической формы припадка. Вместе с тем, по-прежнему распространена во многих лечебных

учреждениях полипрогмазия с одно-временным назначением в начале лечения двух и трех ПЭП. ПЭП, разрешенные Фармкомитетом России для применения в нашей стране, приведены в табл. 4.

Основное применение при лечении эпилепсии имеют препараты первого ряда, при этом наиболее длительную историю применения в нашей стране имеют фенобарбитал, дифенин и гексамидин. В последние годы их успешно стали заменять карбамазепин и вальпроаты. Проблемой для нашей страны является обеспечение больных бесплатными лекарствами или с торговой скидкой за счет бюджета здравоохранения. Во многих регионах эта проблема по основным ПЭП первого ряда отечественного производства решена. К сожалению,

до настоящего времени не налажен отечественной промышленностью выпуск вальпроатов. Препараты второго ряда применяются в ограниченном количестве за счет средств пациентов.

На рис. 6 показана частота применения различных ПЭП в РЭЦ.

Как показано на рис. 6, наибольшее применение имели два препарата первого ряда – карбамазепин и вальпроаты, на долю которых приходится 71%. 3% составляли препараты второго ряда, в основном, топамакс. Эти данные согласуются со статистикой многих стран, которая показывает, что даже при возможности применения ПЭП второго ряда врачами используются ПЭП первого ряда ввиду их хорошей эффективности и изученности. На рис. 7 приведены ПЭП, применяющиеся в Великобритании

(Chadwick D., Reynolds E. Services for epilepsy in the United Kingdom // Neurology. 1997. V. 48. Suppl. 8. S3–S7).

Как видно из рис. 7, основную часть ПЭП в Великобритании составляют феноитоин, карбамазепин и вальпроаты, которые применяются в 88% случаев. Редко назначаются ПЭП второго ряда.

Таким образом, эпилептология в нашей стране активно развивается. Актуальными проблемами являются дальнейшая организация и оборудование региональных эпилептологических центров, разработка отраслевого стандарта “Протокол ведения больных с эпилепсией”, обеспечение больных с эпилепсией лекарственными препаратами и лечение резистентной эпилепсии, в том числе хирургическое. ●

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета (зав. кафедрой – заслуженный врач РФ, академик РАЕН и Американской академии неврологии, руководитель Центра нейрореабилитации и эпилептологии МЗ РФ, профессор А.И. Федин) проводит в **2004 г.** следующие учебные циклы.

1. **“Актуальные вопросы эпилептологии. Клиническая электроэнцефалография”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов, психиатров, педиатров, врачей функциональной диагностики. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).

В работе цикла участвуют ведущие специалисты по эпилептологии г. Москвы. На занятиях освещаются актуальные вопросы диагностики и лечения эпилепсии в свете современных достижений медицины. Занятия проводятся на современно оснащенных клинических базах ГКБ № 15, ЦКБ МП, ЦКБ № 1, ГКБ № 55. В процессе преподавания используются современные видео- и аудиопрограммные средства, компьютерные и педагогические технологии.

2. **“Неврология”** – очно-заочный цикл специализации для врачей всех специальностей. Сроки проведения цикла с **13.09.2004 по 28.01.2005 г.**, продолжительность цикла 5 мес (1 мес – заочная часть цикла).

3. **“Неврология”** – сертификационный, очно-заочный цикл для врачей-неврологов. Сроки проведения цикла с **22.03 по 30.04.2004 г.**, с **11.10 по 19.11.2004 г.**, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).

4. **“Интенсивная терапия при заболеваниях нервной системы”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов, реаниматологов. Сроки проведения цикла с **22.03 по 30.04.2004 г.**, с **11.10 по 19.11.2004 г.** Продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).

5. **“Медицинская реабилитация при заболеваниях нервной системы”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).

6. **“Рефлексотерапия”** – очно-заочный цикл специализации для врачей-неврологов. Сроки проведения цикла с **12.01 по 28.05.2004 г.**, продолжительность цикла 5 мес (1 мес – заочная часть цикла).

7. **“Рефлексотерапия”** – очный цикл общего усовершенствования для врачей-неврологов. Сроки проведения цикла с **12.01 по 05.03.2004 г.**, продолжительность цикла 2 мес.

8. **“Рефлексотерапия”** – сертификационный, очно-заочный цикл для врачей-рефлексотерапевтов. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).

9. **“Светорефлексотерапия и лазеротерапия в неврологии”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).

10. **“Мануальная терапия”** – сертификационный, очно-заочный цикл для врачей – мануальных терапевтов. Сроки проведения цикла с **12.01 по 05.03.2004 г.**, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).

11. **“Вертеброневрология с основами мануальной терапии”** – очный цикл общего усовершенствования для врачей-неврологов. Сроки проведения цикла с **13.09 по 05.11.2004 г.**, продолжительность цикла 2 мес.

Заявки на циклы направлять по адресу: 111539 Москва, Вешняковская, 23, Городская клиническая больница № 15, клиника неврологии. Зав. учебной частью Прокина Елена Владимировна.

Контактный телефон – (095) 370-00-11.