

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРЦИАЛЬНЫМИ ЭПИЛЕПСИЯМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ю.А. Белова

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Актуальность проблемы. У больных пожилого возраста Э. является третьей по частоте неврологической проблемой после цереброваскулярных заболеваний и деменции. По данным различных авторов, этиологическими факторами Э. больных пожилого возраста являются чаще всего сосудистые заболевания головного мозга (48,3%), ЧМТ (12,1%), оперированные опухоли головного мозга (4,7%) и алкоголизм (3,4%). Соматические и неврологические заболевания у пожилых нередко протекают атипично, что приводит к сложностям диагностики и лечения больных данной категории. Известно, что пенсионеры, особенно инвалиды, тратят на лекарственные препараты значительно больше средств (2, 5, 6). Оценка экономической целесообразности может быть получена только на основе определения стоимости лечения эпилепсии в зависимости от количественных показателей эффективности терапии (1, 3, 4, 7). Вышеизложенное обусловило актуальность клинического исследования Э. у больных пожилого возраста и определило цель настоящего исследования.

Цель работы: сравнительная оценка клинической и экономической эффективности ведения больных криптогенной и симптоматической парциальной эпилепсией пожилого возраста, находящихся на исходной терапии, рекомендованной по месту жительства с лечением, оптимизированным эпилептологом КДО МОНИКИ.

Материалы: обследовано 126 больных симптоматической и криптогенной парциальной эпилепсией, жителей Московской области, находящихся на терапии, рекомендованной по месту проживания и обратившихся к эпилептологу КДО МОНИКИ. Из них 9 (7,2%) пациентов в возрасте 56 -76 лет, с длительностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет и более. Из медицинской документации были представлены Амбулаторные карты с места жительства и данные РКТ, МРТ головного мозга. Период наблюдения эпилептологом КДО МОНИКИ составил 15 месяцев.

В работе использованы следующие методы: изучение анамнеза (в т.ч. описание приступов), неврологический осмотр; лабораторные обследования (ОАК, свертываемость крови; б трансаминазы (АЛТ, АСТ), щелочная фосфатаза, билирубин; ОАМ); ЭЭГ, РКТ гол.мозга, МРТ гол.мозга; методы клинко-экономического анализа:) анализ приращения эффективности затрат, анализ общей стоимости болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основную группу составили 9 пожилых больных симптоматической и криптогенной парциальной эпилепсией, в возрасте 56 – 76 лет (средний возраст составил $63 \pm 6,84$ лет), обратившихся к эпилептологу КДО МОНИКИ. Из них мужчин - 4 (44,4%), женщин – 5 (55,6%). Большинство пациентов – 33,3% страдали эпилепсией от 1года до 5лет. Значительное число больных - 22,2% наблюдались у врачей по месту жительства в течение 5 - 10 лет. Более 10 лет болели 11,1% обратившихся к эпилептологу МОНИКИ. Длительность заболевания до 1 года выявлена у такого же количества пациентов (11,1%).

В результате комплексного обследования больных пожилого возраста, установлено, что в структуре Э. парциальные симптоматические формы составили 77,7%, парциальные криптогенные -22,2%

44,4% пациентов исходно получали терапию противоэпилептическими препаратами первой очереди выбора (ПЭП 1). Однако, половина больных,

принимали их в недостаточной дозе (менее 5 мг/кг) и по неадекватной формуле приема антиконвульсантов. Терапия двумя препаратами, ПЭП 1 и ПЭП 2 в разных сочетаниях проводилась у 22,2%. В качестве стартовой политерапия использовалась у 11,1% больных. Значительное число пациентов – 11,1% не получали противозепилептическую терапию, так как диагноз Э. не был установлен.

Эффективность противозепилептической терапии оценивалась клинически, как снижение количества и тяжести приступов. Исходная терапия была неэффективна в 66,7% случаев. Эффективно лечилось, уменьшение числа приступов в 2 и более раз – 22,2%. Эпилептологом КДО МОНИКИ адекватную монотерапию противозепилептическими препаратами первой очереди выбора удалось подобрать 77,8% пациентов. В 11,11% случаев к ПЭП 1 был добавлен новый противозепилептический препарат (топамакс). Сочетать лечение ПЭП 1 (адекватной дозы) с ПЭП 2 оказалось возможным у 11% больных, с планируемой постепенной отменой ПЭП 2.

Предложенная новая схема лечения, позволила увеличить эффективность медикаментозного ведения больных криптогенной и симптоматической парциальной эпилепсией. Снижение приступов от 75 до 100% удалось достичь в 77,8% случаев. В два раза реже приступы стали беспокоить 22,2% пациентов

Определена средняя стоимость терапии финлепсином (ф) – 6 674,4 руб., депакином (д) – 18 574,8 руб. Исходно на медицинскую помощь в течение 12 месяцев на одного пациента в зависимости от получаемого ПЭП было затрачено от 7641 до 29738 руб. (в среднем $14412,71 \pm 7737,43$ руб.). После оптимизации терапии эпилептологом КДО МОНИКИ стоимость медицинской помощи одному пациенту в течении 12 месяцев составила от 5964 до 90170,5 рублей (в среднем $19848,9 \pm 26604$ руб.). Для того, чтобы перевести пациента на эффективную терапию противозепилептическими препаратами, необходимо в среднем дополнительно затратить в год $471,7 \pm 638,1$ рублей на одну дополнительную единицу эффективности для достижения уменьшения тяжести и частоты приступов в два и более раз. Затраты на медицинскую помощь больным Э., не получающим противозепилептического лечения, больше, чем при назначении адекватной дозой ПЭП. В среднем экономия составила до $4813,6 \pm 3159$ рублей в год на одного пациента.

ВЫВОДЫ

В структуре эпилепсий у пожилых пациентов парциальные симптоматические формы составили 77,7%, парциальные криптогенные – 22,2%.

Исходная терапия проводилась неадекватными дозами ПЭП первой очереди выбора у 22% пациентов; два ПЭП получали 22,2% больных; терапия тремя и более ПЭП проводилась у 11,1% пациентов. Адекватную исходную терапию получало лишь треть больных, в 66,7% случаях она была неэффективна. Стоимость исходной терапии составила в среднем на одного пациента $14412,7 \pm 7737,4$ руб. в год. Учитывая ее неэффективность, можно заключить о бесполезности затрат на лечение у 66,7% больных.

Оптимизированная терапия оказалась эффективной в 100% случаев (в 77,8% - частота приступов снизилась на 75 – 100% и в 22,2% - частота приступов уменьшилась на 50 - 74%), что, несомненно, ведет к улучшению качества жизни пациентов и их родственников. Стоимость годового ведения одного больного Э. после оптимизации терапии составила в среднем $19,848 \pm 26,604$ тыс. руб. в зависимости от выбора ПЭП.

В результате оптимизации ведения больных СПП произошло существенное снижение расходов на оказываемую медицинскую помощь с одновременным увеличением расходов на ПЭП. При сокращении расходов на стационарное лечение и медицинскую помощь, оказываемую амбулаторно и на дому, затраты уменьшились в среднем на одного пациента, исходно не получавшего противозепилептическую терапию, на 4,8 тыс. руб. в год. Стоимость

одной дополнительной единицы эффективности терапии при переводе больных на адекватную дозу ПЭП составила в среднем 471руб. в год на одного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. П.А. Воробьев и др. Клинико-экономический анализ. - М.-" Ньюдиамед." – 2004г. – С.135, 198-200, 202-218,223.
2. К.В. Воронкова, О.А. Пылаева и др. Изменения высших психических функций у больных с эпилепсией (обзор литературы). /Вестник эпилептологии. – 2005г. - №1 (04) – С.3
- 3.А.Б. Гехт. Современные стандарты ведения больных Эпилепсией и основные принципы лечения. /Consilium – Medicum. - 2000г. - Том 02 - №2
4. С.А. Громов, М.Ф. Катаева и др. К совершенствованию организации и повышению качества лечения больных эпилепсией. /Журн. Невропатол. и психиат. – 1990г. - №6 – С.56-59.
5. Л.Р. Зенков. Как улучшить лечение эпилепсии в России. /Рос. мед. журнал.- 2003г.- №1 – С.1-8.
6. Э.Г. Меликян. Автореферат диссертации. Эпилепсия у больных пожилого возраста (клинико-нейрофизиологическое и фармакокинетическое исследование).
7. M.J. Postma. Pharmacoeconomic research. Pharm Word Sci 2003; 25(6): 245-246.

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ У РЕБЕНКА И МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

М.А.Лобов, М.Н.Борисова, Т.Ю.Тараканова, Н.Е.Щербакова

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

В структуре сосудистых заболеваний головного мозга ишемические поражения занимают ведущее место (Гусев Е.И., Боголепов Н.Н., Бурд Г.С., 1979, Михайленко и др., 1994). Нарушения мозгового кровообращения в структуре детской неврологической патологии составляют от 3-5% до 8-10% (Бадалян Л.О., 1984, Трошин В.М., 1996, Banker Q., 1992). Основную роль в патогенезе ишемических поражений играет патология магистральных артерий головы (Варакин Ю.А. и др., 1994, Верещагин Н.В., Левина Г.Я., 1997, Лелюк С.Э., 1997, Puzzolo D., Micali A., 1995, Shirane R., Sato S., 1992,). По данным Shirane R. и соавторов в 83% случаев ишемических инсультов в детском возрасте находят сосудистые аномалии. Патологические извитости брахиоцефальных артерий встречаются достаточно часто и выявляются у трети всех обследуемых (Куликов В.П., Хореев Н.Г., Герасименко И.Н., 2000, Мацкевичус з.А., Паулюкас п.А., 1990, Puzzolo D., Micali A., 1995, Toyota A., Csiba I., 1995, Huemer M., Emminger W., 1998, fisher R.G., 1982). Среди причин развития эпилепсии цереброваскулярные заболевания занимают одно из ведущих мест и составляют по данным литературы до 10,9%. У детей они являются причиной эпилепсии в 1,5 % наблюдений, а у пациентов старших возрастных групп их частота возрастает до 30% (Annerges et al, 1995, Hauser et al 1993). В настоящее время большинством исследователей используется классификация, основанная временной зависимости возникновения эпилептических приступов по отношению к развитию инсульта. Припадки-предвестники развиваются до инсульта и часто бывают единственным проявлением преходящего нарушения мозгового кровообращения или «немного» инсульта. Ранние приступы развиваются у больного во время или первые сутки после инсульта; поздние – позже 15 суток. Ряд исследователей отмечают большую частоту эпилептических приступов при преходящих нарушениях мозгового кровообращения – до 9% случаев. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения они могут быть истинными эпилептическими припадками, которые сопровождают преходящие нарушения мозгового кровообращения, либо атипичным проявлением транзиторной