

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЭПИЛЕПСИИ НА СОСТОЯНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

М. В. Антонюк, Н. Д. Гаспарян, П. Н. Власов

Московский государственный медико-стоматологический университет

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

В настоящее время в результате анализа многолетних наблюдений была отмечена тенденция к увеличению встречаемости эпилепсии у пациентов старших возрастных групп в связи с тенденцией к «постарению» населения большинства экономически развитых стран [2]. Особое место занимает проблема эпилепсии у женщин в связи со структурно-функциональными особенностями гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, обуславливающей характерные изменения в организме женщины с присущими только ей физиологическими периодами жизни, к которым относится и период пери- и постменопаузы [1]. Одним из проявлений климактерического синдрома является изменение плотности костной ткани (ПКТ). Остеопороз (ОП) называют «безмолвной эпидемией». Процесс развивается медленно: после 30 лет начинается потеря костной массы примерно на 0,1-1% в год. В первые 5 лет после менопаузы потеря костной массы ускоряется, и к 70 годам женщина теряет около 50% костной массы [3].

Целью исследования является: изучение влияния эпилепсии и проводимой терапии на состояние ПКТ у женщин в климактерии.

Обследование пациенток проводилось на базе ГКБ № 6 и Московского областного НИИ акушерства и гинекологии. На май 2006 г. было обследовано 12 пациенток. В зависимости от длительности заболевания были сформированы группы больных.

В первую группу вошли 6 пациенток (50 %), у которых первый судорожный приступ развился в период наступления климактерии (из них у 5 в период перименопаузы, у 1 в постменопаузе). Вторую группу составили 6 женщин (50%), у которых эпилепсия была диагностирована ранее: в репродуктивном возрасте у 5, в детстве у 1.

Всем пациенткам было проведено неврологическое обследование, которое включало: исследование неврологического статуса, ЭЭГ, ЭХО-ЭС, МРТ головного мозга. Кроме того, комплекс исследований включал гинекологическое обследование, остеоденситометрию. Все исследования проводились при первой явке и через 6 месяцев.

Тяжесть климактерического синдрома (КС) оценивалась по индексу Купермана, который отражает выраженность вазомоторных и нейроэмоциональных нарушений (приливы, потливость, расстройство сна, дисфории, когнитивные нарушения, цефалгический синдром, боль в суставах). Также оценивалась степень изменения ПКТ у данных групп пациенток с помощью ультразвуковой остеоденситометрии на аппарате «Ommisense 7000» («Sunlight Medical», Израиль). Согласно рекомендациям ВОЗ, оценка состояния ПКТ проводилось по Т-критерию, который отражает отклонения пиковых значений ПКТ у здоровых женщин. Снижение ПКТ на 1-2,5 стандартные девиации расценивается как остеопения, более чем на 2,5 – как остеопороз.

Все наблюдаемые женщины получали противосудорожную терапию.

У 5 женщин (83,3%) первой группы была выявлена легкая степень выраженности КС, у 1 – КС средней степени тяжести. Коррекция проявлений КС проводилась пациенткам с легкой степенью препаратами климаксан, ременс по общепринятой схеме. Больная со средней степенью выраженности КС нуждалась в назначении заместительной гормональной терапии (ЗГТ), однако выявленная у нее фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием железистого компонента

явилась противопоказанием. Женщине была рекомендована терапия препаратом ременс. Результаты денситометрического исследования показали, что у четырех женщин была выявлена остеопения (T-Scor колебался от $-1,2$ до $-2,3$), у двух – нормальные показатели ПКТ.

Пациенткам с диагностированной остеопенией назначался препарат альфа Д 3-Тева в дозе 1 мг/сут и кальций Д3 Никомед 1000 мг/сут в непрерывном режиме.

Во второй группе выраженность КС легкой степени была у 5 пациенток (83,3%), у 1 – средней степени. У женщины со средней степенью выраженности КС противопоказанием к назначению ЗГТ явилось имеющееся в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения. Все пациентки данной группы для коррекции КС получали терапию препаратами климаксан, ременс. Остеопения была выявлена у 4 пациенток (T-Scor от $-1,4$ до $-2,3$), у 2 обследуемых был диагностирован остеопороз (T-Scor от $-2,5$ до $-2,9$).

В первой группе монотерапия препаратом финлепсин ретард проводилась у 2 пациенток в течение двух лет. Сочетание финлепсина с другими ПЭП (топамакс, депакин хроно, кеппра) соответственно – у 4 пациенток продолжительностью от года до трех лет.

Все пациентки первой группы получали противосудорожные препараты (ПЭП) от года до трех лет. Монотерапия была назначена 2 пациенткам препаратом финлепсин ретард в течение двух лет. Сочетание финлепсина с другими ПЭП (топамакс, депакин хроно, кеппра) соответственно у 4 женщин продолжительностью от года до четырех лет. Во второй группе противосудорожная терапия проводилась на протяжении длительного времени (от десяти до двадцати пяти лет). При настоящем исследовании во второй группе приводятся данные последних схем лечения. Монотерапия финлепсином была у 1 пациентки в течение двух лет, монотерапия Клоназепамом – у 1 пациентки на протяжении четырех лет, а сочетание финлепсина с другими ПЭП (паглюферал, бензонал, ламиктал) было назначено 3 обследуемым в течение пяти-семи лет, терапию депакином в сочетании с кеппррой получала 1 пациентка один год.

Таким образом, проведенные исследования показали, что климактерий является потенциально опасным периодом для дебюта эпилепсии. У 50% наблюдаемых женщин диагноз эпилепсии был поставлен в данный период жизни.

Проведенный ретроспективный анализ длительности приема ПЭП выявил, что у всех женщин, длительное время страдающих эпилепсией и получающих ПЭП в течение длительного времени, было диагностировано снижение ПКТ (77,7% – остеопения, у 33,3% – остеопороз), тогда как у пациенток с дебютом заболевания в период климактерия у 77% была выявлена остеопения, а у 33% показатели плотности костной ткани соответствовали норме, что свидетельствует о негативном влиянии ПЭП на ПКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П.Н. // Фарматека. – 2002. – № 1. – С. 39-41.
2. Гехт А.Б., Гусев Е.И., Белоусов Ю.Б. и др. // Фарматека. – 2002. – № 2. – С. 65-68.
3. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М., 2001. – С. 201-222.