

Список літератури

1. Гузева В. И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В. И. Гузева. — М.: ООО «МИА», 2007. — 568 с.
2. Евтушенко С. Клиническая ЭЭГ у детей / С. Евтушенко, А. Омеляненко. — Донецк: «Донеччина», 2005. — 860 с.
3. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин : руководство для врачей / В. А. Карлов. — М.: Медицина, 2010. — 720 с.
4. Клиническая детская неврология / под ред. А. С. Петрухина : руководство. — М.: Медицина, 2008. — 1088 с.
5. Лікування епілепсії, епілептичних синдромів у дітей : методичні рекомендації / [Мартинюк В. Ю., Коноплянко Т. В., Свистільник В. О. та ін.]. — Київ, 2012. — 18 с.

О. Ю. Сухоносова*Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)***Особенности показателей и форм эпилепсии у детей разных возрастных групп**

В статье представлены особенности показателей распространенности, заболеваемости и инвалидности, а также частоты форм эпилепсии и локализации эпилептического очага при симптоматических фокальных эпилепсиях у детей разных возрастных групп. В возрастной группе 0—1 год отмечается высокая заболеваемость эпилепсией, часто встречаются симптоматические формы эпилепсии, превалирует мультифокальная локализация очага. В возрастной группе 1—6 лет — наибольшее количество первичной инвалидности, превалируют криптогенные формы, наибольший удельный вес фокальных симптоматических эпилепсий теменной локализации. В возрастной группе 7—14 лет — наибольшая распространенность, заболеваемость, наибольшее количество инвалидов, превалирует заболеваемость идиопатическими формами, среди фокальных симптоматических форм частые — височная и лобная. В возрастной группе 15—17 лет — наименьшая заболеваемость, наибольший показатель инвалидности, высокий процент симптоматических эпилепсий.

Ключевые слова: эпилепсия, дети, особенности различных возрастных групп.

6. Defining incident cases of epilepsy in administrative data // *Epilepsy Res.* — 2013 Jun 19. pii: S0920-1211(13)00145-9.

7. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE) / [R. S. Fisher, W. van Emde Boas, W. Blume et al.] // *Epilepsia.* — 2005. — Vol. 46. — P. 470—472.

8. ILAE report. Commission on terminology and classification // *Ibid.* — 2001. — Vol. 42. — P. 796—803.

9. Panayiotopoulos C. P. *Epileptic Syndromes and their Treatment* / C. P. Panayiotopoulos. — London: Springer-Verlag, 2007. — 578 p.

10. *The treatment of epilepsy* / Edited by S. Shorvon, F. Andermann, R. Guerrini. — Cambridge University Press, 2009. — 787 p.

O. Yu. Sukhonosova*Kharkiv Postgraduate Medical Academy (Kharkiv)***Peculiarities of indicators and forms of epilepsy in children of different age groups**

Summary. The article presents the characteristics of prevalence, morbidity, and disability, as well as the frequency of epilepsy and epileptic focus localization with symptomatic focal epilepsy in children of different age groups. In the age group 0 to 1 year there was a high incidence of epilepsy, often symptomatic form of epilepsy, multifocal localization of the focus. In the age group 1—6 years — the largest number of primary disability, prevalence cryptogenic forms, the largest share of symptomatic focal epilepsies parietal localization. In the age group 7—14 years — the highest prevalence, morbidity, the largest number of children with disabilities, incidence of idiopathic form is prevalent, the temporal and frontal localization of focal symptomatic forms are frequent. In the age group 15—17 years — the lowest incidence, the highest rate of disability, a high percentage of symptomatic epilepsies.

Keywords: epilepsy, children, peculiarities of different age groups.

ТЕЗИ**А. Е. Дубенко***ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков)***ЯТРОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ**

Эпилепсия долгое время считалась, и часто считается в настоящее время, не только неизлечимым заболеванием, но и заболеванием бесперспективным для курации. При адекватной терапии, по данным различных авторов, от 60 % до 75 % пациентов отвечают на адекватное лечение полным контролем припадков в подавляющем большинстве случаев. Для сравнения — эффективно контролировать артериальную гипертензию удается у 40 % больных и заболевание не считается некурабельным.

Согласно нашему анализу, имеет место целый ряд причин, которые суммируясь, существенно уменьшают процент терапевтической эффективности. На этапе установления характера пароксизма возможна ложноположительная диагностика эпилептических припадков, что приводит к неэффективности терапии. Следующей причиной может быть неправильное

установление этиологии эпилепсии, когда акцент терапевтической тактики направляется на то или иное органическое заболевание мозга без адекватной противосудорожной терапии, либо же наоборот причина, приведшая к развитию эпилепсии, игнорируется и не подвергается адекватному терапевтическому (или хирургическому) воздействию.

Нередко неадекватный выбор антиэпилептических препаратов (АЭП) определяется неверным определением типа эпилептического припадков. Необходимо отметить, что даже правильное определение типа припадков не всегда приводит к адекватному выбору АЭП, кроме этого клиницисты часто упускают возможность выбора препаратов, действующих на все типы припадков.

Нередко терапия эпилепсии оказывается неэффективной из-за позднего начала терапии, когда частота припадков у больных возрастает, и они начинают сопровождаться выраженными когнитивными и аффективными нарушениями. При своевременном назначении лечения адекватным для типа припадков и формы эпилепсии АЭП терапия оказывается неэффективной из-за неадекватной дозы или режима дозирования АЭП. Нередко эффективность терапии невозможна

из-за нерегулярности приема АЭП, и эта нерегулярность часто имеет ятрогенный характер (например, назначение АЭП короткими курсами).

Значительную лепту в ятрогению в эпилептологии вносят побочные действия АЭП, но с учетом расширения арсенала АЭП адекватный их подбор способствует увеличению безопасности терапии. Нередко ятрогенной причиной ухудшения состояния больных эпилепсией является несвоевременная отмена АЭП, которая приводит к срыву компенсации, развитию эпилептического статуса, формированию фармакорезистентности.

Несколько более редкими ятрогенными причинами ухудшения качества терапии больных эпилепсией является назначение препаратов, активирующих эпилептогенез, неучитывание взаимодействия АЭП между собой и с другими препаратами, недостаточный учет возрастных и гендерных особенностей эпилепсии, различных психологических и социальных стигматизирующих факторов.

С учетом столь большого значительного влияния ятрогении на эффективность терапии эпилепсии ее устранение является одним из важных этапов к существенному улучшению качества терапии этих больных.

УДК: 616.853-085.2/.3

*С. К. Евтушенко**, *Т. М. Морозова**,
*А. А. Омеляненко**, *Морозова А. В.**, *Шестова Е. П.**,
*Прохорова Л. М.***, *Голубева И. Н.***

**Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк),*

***Областная детская клиническая больница (г. Донецк)*

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВЛИЯНИЕ ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА (КЕППРЫ) НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Современная стратегия лечения эпилепсии заключается как в достижении максимального клинического эффекта, так и направлена на улучшение качества жизни ребенка, когнитивное функционирование (КФ), получение образования, социальную адаптацию.

Нами проведено клиничко-нейрофизиологическое сопоставление, оценена эффективность и динамика КФ при монотерапии леветирацетамом (кеппра) у детей с идиопатической генерализованной эпилепсией (ИГЭ).

Мы обследовали 12 детей (7 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 7 до 13 лет (средний возраст $10,6 \pm 2,8$ года) с ИГЭ. Анализировали частоту припадков, параметры ЭЭГ и вызванных потенциалов, связанных с событием (ВПСС), на предъявление слухового и зрительных стимулов. Критерии включения: установленный диагноз ИГЭ; монотерапия (кеппра); отсутствие данных о лечении другими АЭП. Критерии исключения: отмена кеппры при неэффективности или тяжелых побочных эффектах, тяжелые когнитивные расстройства (КР), отсутствие комплаентности. Параметры ЭЭГ и ВПСС сопоставляли до назначения монотерапии, в сроки 6 и 12 мес. (в среднем каждые $6 \pm 1,5$ мес.). Начальная доза кеппры составила 20 мг/кг/сут, с увеличением на 10 мг/кг/сут каждые 3—4 дня, в среднем 40 мг/кг/сут в 2 приема утром и вечером. Клиническая картина ИГЭ была представлена

комбинацией миоклоний, абсансов и генерализованных тонико-клонических припадков (ГТКП) у 8 (66,6%), миоклоний + ГТКП — у 2 (16,7%) и миоклоний + абсансов — у 2 (16,7%) больных. Сравнительный анализ ЭЭГ и параметров ВПСС показал зависимость КР от фокальных черт эпилептической активности (ФЭА) — максимума пик-волновой активности и/или сопутствующих фокальных разрядов. При височной ФЭА у 2 (16,7%) детей выявили девиации на предъявление слухового паттерна. Распознавание стимулов отсутствовало при височно-лобной ФЭА у 2 (16,7%) детей, что сочеталось с нарушением кратковременной памяти и внимания. Parietalной ФЭА у 4 (33,3%) пациентов соответствовали девиации ВПСС на абстрактно-вербальный, образный и пространственный паттерны. У 4 (33,3%) детей с билатеральной височно-париетальной ФЭА были вышеописанные девиации КФ плюс нарушения семантической и эпизодической памяти. У 10 (83,3%) больных отмечено снижение амплитуды сигнала ВПСС.

На фоне терапии клиническая ремиссия более 6 мес. зарегистрирована у 7 (58,3%) детей. Снижение частоты приступов более чем на 75% было у 3 (25%) больных. Нормализацию БЭА зафиксировали у 2 (16,7%) больных, исчезновение париетальной ФЭА — у 6 (50%) и височных разрядов — у 2 (16,7%) детей. Однако полной нормализации ВПСС и КФ, связанных с этими зонами, мы не зафиксировали. Отмечено селективное улучшение обработки сигнала в пространственном или образном или абстрактно-вербальном доменах. По-видимому, это свидетельствует о поэтапном восстановлении эффективного функционирования нейрональной когнитивной сети. У 2 (16,7%) пациентов после кратковременного улучшения приступы участились. Доза кеппры была увеличена до клинически эффективной (60 мг/кг/сут), но положительной динамики ЭЭГ и ВПСС мы не зафиксировали.

Побочные эффекты в виде нарушения поведения, раздражительности, ухудшения сна были у 2 (16,7%) детей, что сочеталось с высокой амплитудой сигнала ВПСС. При коррекции дозы кеппры эти эффекты купировались.

Таким образом, нами выявлены нейрофизиологически подтверждаемые тенденции улучшения КФ и достаточно высокая клиническая эффективность монотерапии, в сочетании с хорошей переносимостью, безопасностью и отсутствием аггравации приступов. К сожалению, мы не можем пока дать более детальный анализ динамики КР и параметров ВПСС, так как известный катамнез этих больных не превышает 12 месяцев.

УДК 616.831:616.853-053.36-053.2

*С. К. Евтушенко, А. А. Омеляненко,
Е. П. Шестова, Т. М. Морозова*
*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ФОРМЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ (ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ)

Эпилепсия и эпилептические синдромы у детей за последние 5 лет в Украине по показателям инвалидности с первой позиции переместились на вторую после