

ОБМЕН ОПЫТОМ

Г.М. Баишева, А.В. Вьючин

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО КАБИНЕТА ДЕТСКОГО ЭПИЛЕПТОЛОГА

УДК 616.853

Проведен анализ работы кабинета городского детского epileptолога за 2009 – 2010гг. Полученные результаты лечения больных эпилепсией: увеличение количества больных с клинической ремиссией, улучшение их качества жизни, улучшение преемственности ведения пациентов позволяют подтвердить необходимость и своевременность организации кабинета городского epileptолога.

Ключевые слова: эпилепсия у детей, epileptолог, электроэнцефалография, противосудорожная терапия.

The analysis of city children's epileptologist work for 2009 – 2010rr is carried out. The received results of treatment of epilepsy patients: increase in quantity of patients with clinical remission, improvement of their life quality, improvement of continuity of conducting patients allow to confirm necessity and timeliness of the organization of a city epileptologist cabinet.

Keywords: epilepsy in children, epileptologist, electroencephalography, anticonvulsive therapy.

Введение. Эпилепсия – это хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными неprovоцируемыми приступами нарушения двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных или психических функций, возникающими вследствие чрезмерных нейронных разрядов (ILAE, 1989). По данным ВОЗ, эпилепсия является распространенным неврологическим расстройством, которому в мире подвержено более 50 млн. чел. В развитых странах ее распространенность колеблется от 1,5 до 18 чел. на 1000 населения, а в некоторых развивающихся странах превышает 30 на 1000 населения. Социальная значимость этого заболевания определяется высоким процентом инвалидизации пациентов [5]. По данным мировой статистики ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией составляет в среднем 70 чел. на 100 000 населения.

Наиболее часто эпилепсия встречается у детей. Эпилепсия и пароксизмальные расстройства у детей относятся к числу важных медицинских, социальных, психологических и экономических проблем. Приступы у детей характеризуются не только высокой частотой, но и большей степенью выраженности. Именно в этот период, когда идет интенсивное развитие мозга, приступы могут привести к вторичным изменениям со стороны психики ребенка. При своевременном начале и квалифицированном лечении вероятность излечения от приступов в детском возрасте составляет 80-90%. В

то же время есть формы приступов, вероятность излечения которых значительно меньше, примерно от 10 до 40%, и встречаются они довольно редко. Но в настоящее время появилась возможность помочь и этим людям. Мировой опыт показывает, что лечение высокими дозами антиконвульсантов под контролем фармакологического мониторинга позволяет излечить от приступов большее количество ранее некурабельных больных.

Одним из важных аспектов реабилитации данной категории больных является организация комплексной медицинской помощи, учитывая, что основное лечение больные эпилепсией получают в амбулаторных условиях. Реализуются важные звенья помощи больным эпилепсией, входящие в международные стандарты [3]. Под реабилитацией больных эпилепсией понимают систему медикаментозных и нелекарственных мероприятий, направленных на частичное или полное восстановление биологического и социального добротного статуса больного. Различают медицинскую, социально-трудовую и семейную реабилитацию.

Важные вопросы по организации лечения больных эпилепсией гораздо целесообразнее решать на уровне административного региона, т.к. в этой государственной структуре заложены все необходимые условия для быстрой и рациональной реализации наиболее удачных разработок проведения специализированной помощи населению [2].

Во многих странах мира epileptология стала самостоятельной медицинской дисциплиной. Соответственно, выделена и специальность врача-epileptолога. В России такой специальности в номенклатуре медицинских работников пока нет [4]. Epileptология – это многопрофильная специальность, объединяющая в себе

многочисленные аспекты неврологии, психиатрии, нейрохирургии, нейрофизиологии, нейрорадиологии, клинической фармакологии, нейропсихологии и общественных наук. В современной epileptологии одной из приоритетных целей является улучшение качества жизни и реабилитация больных эпилепсией.

Цель исследования – проведение анализа работы кабинета городского детского epileptолога за 2009-2010 гг.

Материалы и методы исследования. Анализ работы кабинета городского детского epileptолога за 2009-2010гг. проведен в МБУ «Детская городская больница». Использованы клинико-эпидемиологический, нейрофизиологический, статистический методы исследования.

Диагноз эпилепсия ставился соответственно Международной классификации эпилепсии, epileptических синдромов и схожих состояний (Нью-Дели, 1989). Электроэнцефалография (ЭЭГ) проводилась на аппарате «Нейрон-спектр 3» («Нейрософт»).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Согласно проведенным исследованиям эпидемиологии эпилепсии у детей в Якутии, распространенность заболевания составила 4,9-5,2 на 1000 детского населения. Инвалидность установлена у 33,8% детей с эпилепсией. В г.Якутске, по данным неврологов, на диспансерном учете состоят с диагнозом эпилепсия 264 ребенка. По данным официальной статистики распространенность эпилепсии среди детского населения г.Якутска составляет 6,2‰. Для улучшения качества оказания медицинской помощи детям с эпилепсией приказом Управления здравоохранения г.Якутска в 2009 г. ор-

ганизован кабинет городского детского epileптолога.

В России не существует нормативных документов в отношении организации и планирования приема epileптолога. Однако многие вопросы могут быть решены на уровне муниципальных ведомств, министерств. Была подготовлена юридическая основа службы, обучено 2 врача: невролог-epileптолог и нейрофизиолог. По муниципальной программе «Охрана здоровья женщин и детей» приобретены: первая в республике система видео-ЭЭГ мониторинга «Нейрон-спектр 3» (Россия) и противоэpileптические препараты для лечения детей, не имеющих инвалидности и не получающих антиконвульсанты по дополнительному лекарственному обеспечению. Кроме того, по опыту организации кабинетов в других регионах установили нагрузку на врача - epileптолога (не менее 30 мин на пациента). Все эти мероприятия в совокупности позволяют адекватно корректировать дозу препарата и рассчитывать на достаточный уровень комплаентности.

Основными задачами кабинета являются: дифференциальная диагностика epileптических приступов и других пароксизмальных состояний при различных заболеваниях нервной системы и соматической патологии; комплексное обследование с целью уточнения формы приступов и их этиологии; подбор противосудорожной терапии и динамическое наблюдение пациентов, получающих противоэpileптическую терапию; медико-социальная реабилитация пациентов с epileпсией и другими пароксизмальными состояниями; проведение экспертизы.

Медицинскими показаниями к направлению больных на консультацию и лечение являются: впервые выявленная epileпсия и другие впервые возникшие пароксизмальные состояния; epileпсия, резистентная к лечению; epileптический синдром неустановленной этиологии; неклассифицированные и неуточненные пароксизмальные состояния с нарушениями сознания, поведения, вегетативные кризы, приступы головокружения, мигрень и другие пароксизмальные головные боли, расстройства сна; динамическое наблюдение пациентов, получающих противоэpileптическое лечение, для оценки его эффективности и безопасности. Прием осуществляется по направлениям неврологов и участковых врачей в рамках ОМС, по предварительной записи. В кабинете

ведется персонифицированный учет больных с epileпсией. В случае необходимости пациент направляется на дообследование и лечение в условиях неврологических отделений республиканских больниц №1 и №2.

За 2009-2010 гг. проведено 2314 консультаций, из них первичных 40%, повторных – 60%. Данные этих детей внесены в создающийся регистр больных epileпсией, который позволяет проводить разносторонний мониторинг по данной проблеме в г.Якутске. 40% детей, страдающих epileпсией и обратившихся в кабинет, не имели верифицированного диагноза и наблюдались в медицинских учреждениях с диагнозом «судорожный синдром», «epileптический синдром», что не соответствовало требованиям МКБ-Х и классификации ILAE. В том числе часть детей (5%) принимали препараты, не рекомендованные при определенной клинической форме epileпсии. У половины (50%) впервые обратившихся в кабинет с диагнозом epileпсия проведена коррекция противоэpileптической терапии – т.к. получаемые дозы и схемы препаратов являлись недостаточно эффективными или вовсе неэффективными (малая доза в расчете на массу тела, неэффективная комбинация препаратов, субмаксимальные дозы при отсутствии значимого клинического эффекта).

В 14% случаев от состоящих на диспансерном учете на сегодняшний день впервые установлен диагноз epileпсия. В 20% случаев из них дети страдали настоящим заболеванием в течение нескольких лет, однако диагноз epileпсия не был выставлен в силу низкой доступности ЭЭГ-исследования, отсутствия длительного ЭЭГ-мониторинга, включая видео-ЭЭГ-мониторинг (который на сегодняшний день является золотым стандартом в диагностике epileпсии).

Анализируя поло-возрастную структуру детей с epileпсией, состоящих на диспансерном учете, можно сделать вывод, что заболеваемость несколько выше в дошкольном возрасте 2-6 лет (30,5%), в раннем школьном 7-9 лет (24,4%), подростковом возрасте 10-17 лет (45,1%, в т.ч. у детей 10-14 лет – 13,3%); по половому признаку несколько преобладают мальчики (55%), что соответствует статистическим показателям ВОЗ.

Анализ обращаемости выявил, что за 2 года работы кабинета произошло увеличение диспансерной группы на 42,1% (2009 – 131, 2010 – 226). А так

же увеличилась доля впервые выявленных случаев в текущем году 10,2 и 18,2% от всей диспансерной группы за весь период работы службы. В 100% случаев пациентам с epileпсией проведена рутинная ЭЭГ, в 57,1% случаев (129 детям) проведен видео-ЭЭГ-мониторинг (2009 г. – 120). В 100% случаев отмечена обоснованность в применении данного метода исследования.

Структура приема по формам epileпсии представляет собой следующее (согласно МКБ 10): генерализованная идиопатическая epileпсия – 28,8%; локализованная (фокальная, парциальная) идиопатическая epileпсия и epileптические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом – 26,1; особые epileптические синдромы – 16,4; локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая epileпсия и epileптические синдромы с простыми парциальными припадками – 11,1; локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая epileпсия и epileптические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками – 7,6; другие виды генерализованной epileпсии и epileптических синдромов – 5,3; другие уточненные формы epileпсии – 2,35, epileпсия неуточненная – 2,35%.

Цели лечения больных epileпсией включают: 1) избавление от приступов; 2) минимизацию нежелательных побочных эффектов; 3) предупреждение или устранение психических расстройств; 4) социальное восстановление; 5) содействие здоровому образу жизни; 6) жизнь без медикаментов и без припадков.

В рамках муниципальной программы пациенты безвозмездно получают дорогостоящие противоэpileптические препараты (депакин-хроно, депакин-энтерик, депакин хроносфера, суксилеп, кеппра, ламолеп, топамакс), что положительно отразилось на качестве терапии и соблюдении принципа непрерывности приема назначенного препарата.

Эффективность лечения: выздоровление в 2010 г. составило 2,3% (2009-2,3%), в 31,5% случаев достигнута полная клинко-электроэнцефалографическая ремиссия. В 30% случаев достигнута положительная клиническая динамика, но с неполной ремиссией. У 33,7% детей ремиссия на настоящий момент не достигнута (2009 – 32,8%), значительной положительной динамики не отмечено. В 11 случаях (4,3%) отмечается отрицательная динамика: в

3 случаях это объясняется злокачественной формой течения заболевания, в 2 – низким уровнем комплаентности, в 2 – самоотмена родителями препарата по достижении значимого клинического эффекта, в 4 – срыв ремиссии или ухудшение течения заболевания происходили по рекомендации непрофильных специалистов с полной отменной противоэpileптической терапии.

По причине отсутствия оригинальных противоэpileптических препаратов в федеральном ДЛО и их замены дженериком существует проблема лекарственного обеспечения детей, имеющих категорию «ребенок-инвалид». Замена оригинального препарата дженериками может привести к срыву медикаментозной ремиссии.

Заключение. Таким образом, организация комплексной медицинской помощи позволила сформировать целостную стратегию ведения больных эпилепсией на муниципальном уровне. Налажена непрерывность противоэpileптического лечения городских пациентов с эпилепсией, улучшились преемственность и взаимодействие с неврологами ЛПУ города, наблюдающими данный контингент пациентов. 100% детей с эпилепсией, состоящие на диспансерном учете в кабинете, получают противоэpileптическую терапию с индивидуальной коррекцией

дозы препаратов. Отработаны тактические вопросы завершения медикаментозного лечения больных в состоянии ремиссии эпилепсии. Полученные результаты лечения больных эпилепсией: увеличение количества больных с ремиссией, улучшение их качества жизни, улучшение преемственности ведения пациентов позволяют подтвердить необходимость и своевременность организации кабинета городского эпилептолога.

В то же время для совершенствования работы кабинета эпилептолога необходимо решить следующие проблемы: приобретение дополнительного диагностического оборудования для амбулаторной суточной записи ЭЭГ («Холтер ЭЭГ»), дополнительного модуля полисомнографии на имеющуюся систему видеоЭЭГ-мониторинга; определение концентрации антиконвульсантов в крови для лекарственного мониторинга, что позволит улучшить подбор противоэpileптической терапии; обеспечение по программе больных оригинальными антиконвульсантами.

Литература

1. Волков И.В. Опыт организации противоэpileптической помощи в Новосибирске / И.В. Волков, О.К. Калина // Вестник эпилептологии. – 2004. - №1(02). – С.15-17.

Volkov I.V. Experience of organization of antiepileptic help in Novosibirsk / I.V. Volkov, O.K. Kalina // Vestnik epileptologii. – 2004. - # 1 (02). – P.15-17.

2. Громов С.А. Реабилитация больных эпилепсией в условиях административного региона. / С.А. Громов, Л.Г. Заславский, М.Ф. Катаева. - С-Пб., 1994. – 14 с.

Gromov S.A. Rehabilitation of epilepsy patients in the administrative region/ S.A. Gromov, L.G. Zaslavskij, M.F. Kataeva. - S-Pb., - 1994. – 14 p.

3. Петрюк П.Т. Об особенностях структуры и работы немецкого эпилептологического центра земли Берлин-Бранденбург / П.Т. Петрюк, А.Л. Гусов //Таврический журнал психиатрии. - 2006. - Т. 10. - № 1. - С. 71–75.

Petrjuk P. T. About features of structure and work in the German epileptological Berlin-Brandenburg centre / P. T. Petrjuk, A.L. Gusov // Taurian magazine of psychiatry. - 2006. - V. 10. - № 1. - P. 71–75.

4. Поверенова В.В. Организация помощи больным эпилепсией в условиях специализированного противоэpileптического центра (на примере Самарской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Поверенова. - Саратов, 2004. – 24 с.

Poverenova V.V. Organization of the help to sick with epilepsy at the specialized antiepileptic centre (on an example of the Samara region) / V.V. Poverenova. – Saratov, 2004. – 24 p.

5. Эпидемиология эпилепсии в России / А.Б. Гехт [и др.] //Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. Приложение к журналу. - 2006. - №1. - С.3-7.

Epidemiology of epilepsy in Russia / A.B. Geht [et al.] // Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. App.- 2006. - № 1. - P.3-7.

РЕЦЕНЗИИ, КОММЕНТАРИИ

ОТЗЫВ НА МОНОГРАФИЮ Д.Г. ТИХОНОВА «АРКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА» (Якутск: Изд. ЯНЦ СО РАН, 2010. - 317 с.)

Монография доктора медицинских наук, профессора Д.Г. Тихонова «Арктическая медицина» – это первая за последние 30 лет и очень глубокая попытка выделить как предмет исследования здоровье коренных народов и пришлое население, которых судьба объединила общей родиной – Арктической Россией.

Д.Г. Тихонов достойно определил само понятие арктической медицины, показал очевидную несостоятельность современной, т.н. цивилизованной, медицины и экологической культуры. Современная эволюция населения насильственно обгоняет свои природные свойства. На примере арктических наций и национальностей, как и наций и национальностей тропической медицины, мы начинаем по-новому

видеть сам процесс эволюции (единство природы водной и сухопутной и населения, где единые эволюционные процессы не только приспособления, отбора, но и малоизвестные космополевые флюктуации открываются в новом свете). Могут подтвердить и дополнить выводы автора монографии о колоссальной роли солнечно-космических излучений именно в арктической зоне. Их роль становится, несомненно, решающей. В наших работах в продолжение идей В.И. Вернадского и А.Л. Чижевского новые данные хорошо представлены (Казначеев В.П., Трофимов А.В. Очерки о природе живого вещества и интеллекта на планете Земля: проблемы космопланетарной антропоэкологии. Новосибирск, 2004; Казначеев В.П. Мысли о будущем. Ин-

теллект, голографическая вселенная Козырева. Новосибирск, 2008). Ясно, что современная физика и космофизика существенно и развивают, и тормозят эту проблему эволюции. Природа интеллекта человека, его генетика значительно сложнее, и те многочисленные, генетические маркеры в клетках в X, Y хромосомах, по существу, есть лишь следственное «отражение» более глубоких и неизвестных пока нам космофизических и геометрических потоков. Такой факт описан в наших работах достаточно хорошо на клетках (Казначеев В.П., Михайлова Л.П. Сверхслабые излучения в межклеточных взаимодействиях. Новосибирск, 1981).

Автор очень своевременно подчеркивает механизмы психологической