

ном, лучезапястных суставах. 31.01.05 г. поступает на стационарное лечение в КРО. При обследовании выявлен первично-хронический остеомиелит основной фаланги 4 пальца правой руки, переведен в ГСО, после проведенного лечения переводится в КРО с нарастанием суставного синдрома, явления остеомиелита купированы, сохранялся тяжелый суставной синдром, представленный экссудативно-пролиферативным поражением обоих коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставов.

С 07.05.05-10.05.05 гг. начал высоко лихорадить ежедневно до 38–39°C без катаральных явлений, получал в лечении: пульс-терапия метипредом с 250 мг по нисходящей схеме; ВВИГ (пентаглобин 300мг/кг); антибактериальную терапию: тиенам, цифран; метотрексат 12,5 мг/неделю; сульфасалазин СД 1500мг; индометацин. Устойчивого положительного эффекта не получено: температура периодически повышалась до субфебрильных цифр. Обострялся суставной синдром, направлен на лечение в НЦЗД в июне 2005 г., назначены арава и сандиммун, эффекта от лечения нет: в августе состояние со значительным ухудшением – повышение СОЭ до 80 мм/час, генерализованный суставной синдром, гипертермия. Лечился в КРО: метипред в/в, иммуновенин, а/б, с 12.09.05 г. по 13.10.05 г. повторное лечение в НЦЗД, учитывая недостаточную эффективность аравы и сандиммуна, сохраняющую высокую гуморальную активность, постоянные обострения заболевания, риск формирования гормонозависимости, взят на антицитокиновую терапию, продолжены сандиммун+арава. 1-е введение 27.09. 200 мг (4 мг/кг). На фоне терапии инфликсимабом отмечается выраженная положи-

тельная динамика в состоянии мальчика: исчезли утренняя скованность, экссудативные изменения в суставах, нормализовались лабораторные показатели (СОЭ, СРБ). 2-е введение 11.10.05 г. В г.Якутске проведены 3–4–5–6-е введения 3- и 4-е введения перенес хорошо. После 3-го введения в декабре 2005 г. был панариций пальца стопы после педикюра, проведенного самим больным, мать сразу обратилась в отделение. После местного лечения и антибиотиков п/э процесс был купирован, проведена краевая резекция ногтевой пластины. После 5-го введения появились жалобы на головные боли, повышение t до 39,2°, в/м сделана литическая смесь, t нормализовалась в течение часа, никаких других симптомов, жалоб не было, в дальнейшем в течение 2 суток состояние удовлетворительное, по органам без патологии, стул нормальный, суставы не беспокоят, t не повышалась. 6-е введение прошло без побочных эффектов.

В течение 8 месяцев состояние стабильное.

Таким образом, нами получен первый опыт применения в Республике Саха (Якутия) инфликсимаба у 2 больных спондилоартритом с тяжелым течением заболевания резистентным к “стандартной” базисной терапии. Эффект инфликсимаба проявился на 2-3 день после введения: исчезли утренняя скованность, боли, экссудативные изменения в суставах, отмечалась быстрая регрессия внесуставных проявлений: купирование лихорадки после 1-й инфузии, уменьшение проявлений лимфоаденопатии, купирование анемии. Динамика лабораторных показателей: СОЭ и СРБ нормализовались после 2-го введения.

Однако из-за высокой стоимости препарата и отсутствия его в базовом

перечне ОМС на каждого ребенка в 2005 г. приходилось добиваться дополнительного финансирования. В 2006 г. больные получают ремикейд по дополнительному льготному обеспечению по месту жительства, инфузия проводится в КРО.

Другой проблемой является необходимость постоянного наблюдения больных врачами кардиоревматологического отделения: каждые 10-14 дней проводится клинический осмотр и контрольные анализы.

Учитывая высокую распространенность туберкулеза в республике, необходимо тщательное обследование детей перед назначением инфликсимаба.

Пристального внимания заслуживает проблема безопасности терапии инфликсимабом, в обоих случаях была хорошая переносимость препарата и минимальные побочные эффекты, но могло быть инфекционное гнойное осложнение (панариций был вовремя пролечен). Поэтому необходим постоянный контроль за состоянием больных.

Заключение

Применение инфликсимаба оказалось эффективным при анкилозирующем спондилоартрите. Инфликсимаб назначался детям с тяжелым течением заболевания, высокой воспалительной активностью, несмотря на применение НПВП, метотрексата, сульфасалазина, пульс-терапии метипредом. У больных отмечался очень быстрый клинический эффект (на 2-3-й день после введения препарата), который сохраняется на фоне поддерживающей терапии инфликсимабом. Инфликсимаб – перспективный препарат для лечения спондилоартрита у детей.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Актуальность. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы [3, 7, 10, 11]. Эпилепсия у детей представляет собой самостоятельную пробле-

БАИШЕВА Галина Максимовна – к.м.н., врач-невролог 1-й квалиф. категории, доцент МИ ЯГУ; **ГУЗЕВА Валентина Ивановна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА.

Г.М. Баишева, В.И. Гузева

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ В ЯКУТИИ

му. Частота заболевания в популяции детского населения высока и достигает 1-5% [9, 12]. Достоверных данных о количестве людей с эпилептическими приступами в России нет. Можно предполагать, что в России количество детей и подростков с эпилепсией составляет 800 000 [17].

Эпилепсия является тяжелым, но потенциально излечимым заболева-

нием нервной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (1997), более 80% больных с впервые установленным диагнозом эпилепсия можно успешно лечить противосудорожными препаратами. Около 70% всех больных эпилепсией [13], а в детском возрасте до 85%, по данным Aicardi J. [41], достигают пятилетней ремиссии в результате

применения современных противоэpileптических препаратов [17] и правильной организации реабилитации больных, страдающих эpileпсией.

Цель исследования. Изучить заболеваемость и распространенность эpileпсии в детской популяции Республики Саха (Якутия), разработать практические рекомендации по улучшению медико-социальной помощи пациентам, страдающим эpileпсией.

Материал и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования в работе использованы методы клинко-эpidемиологического и статистического анализа.

Эpidемиологический метод направлен на изучение заболеваемости и распространенности эpileпсии в Якутии с учетом пола, возраста, социальных и других факторов. Использовались сведения медицинской документации: анализировались амбулаторные карты, истории болезни, данные мед.осмотров с учетом случаев заболевания в лечебно-профилактических учреждениях.

Сбор первичного материала проводился путем заполнения разработанной формализованной карты.

Диагноз эpileпсии ставился на основании клинических, электроэнцефалографических и нейрорадиологических данных (анатомо-электроклинический метод) согласно Международной классификации эpileпсии, эpileптических синдромов и схожих заболеваний (Нью-Дели, 1989). При описании синдромов использовалась классификация эpileптических приступов (Киото, 1981).

Результаты и обсуждение. Первичная заболеваемость эpileпсией у детей от 1 месяца до 18 лет в Республике Саха (Якутия) составила в динамике с 2001 по 2004 г.: 83, 103, 117 и 114 на 100 000 детского населения. Распространенность эpileпсии (накопленная заболеваемость) в республике за тот же период составила: 5,3; 5,7; 5,4; 5,2 на 1000 детского населения.

Эpidемиологические исследования эpileпсии в России проводились лишь в отдельных регионах и в основном у взрослых. Полученные высокие значения заболеваемости в динамике за 2001-2004 гг.: 5,2; 5,7; 5,4, 5,2 на 1000 детского населения объясняются также и большей широтой диспансерного охвата населения. Оказалось, что среди больных больше по численности группы детей 13-15 лет и 16-18 лет. Данный факт указывает на важность преимущественности детской и под-ростковой службы.

По данным ряда исследований [3, 6, 16], уровень распространенности эpileпсии широко варьирует – от 1,5 до 31 на 1000 населения в различных регионах. Распространенность эpileпсии в общей популяции большинства стран Европы составляет 5-10 случаев на 1000 населения [18]. Распространенность эpileпсии в развивающихся странах гораздо выше (в ряде случаев в 4-5 раз), чем в промышленно развитых странах [2, 20-28] и колеблется от 6 до 20 случаев на 1000 населения. Считается, что более высокие показатели распространенности эpileпсии характерны для групп населения с низким уровнем жизни. Распространенность эpileпсии в Республике Саха (Якутия) соответствует нижней границе показателей развивающихся стран. Показатель распространенности эpileпсии в детской популяции Якутии соответствует приведенным отдельным популяционным исследованиям по регионам России и СНГ [12, 36], но выше в 2 раза, чем в гг. Москве и Санкт-Петербурге и Еврейской автономной области [3, 6, 15].

В последние годы улучшилась диагностика эpileпсии: появление в улусах детских неврологов, в ряде улусов кабинетов ЭЭГ, квалифицированной работой эpileптолога, психоневрологических отделений Педиатрического Центра РБ №1-НЦМ.

Реабилитация – это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, ведущих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно-полезному труду [8].

В Швейцарии еще в XIX в. были созданы центры для больных эpileпсией. Одной из главных задач центров является лечение и приспособление больных в обществе [цит. по 1]. В 70-е годы в Норвегии, Дании, Финляндии и других странах организованы эpileптические центры [1].

В Норвегии специализированная помощь распространяется не только на центральные города, но и на территории, расположенные за полярным кругом (с трудными климатическими условиями Севера и отсутствием железных дорог). Эpileптологические центры в Англии, Шотландии, Голландии в своем штате, кроме психиатров, неврологов, психологов, имеют социальных работников (социологов).

Опыт оказания помощи и реабилитации больных в эpileптических центрах указанных стран показал необходимость создания таких центров в больших масштабах. В последние годы во многих городах и регионах нашей страны (Москва, Санкт-Петербург, Воронеж, Ульяновск, Мурманск, Екатеринбург, Томск, Владивосток, Иркутск, Красноярск и др.) организованы специализированные эpileптологические центры.

Высокая частота эpileпсии в детской популяции республики, инвалидизация детей являются проблемой, которая требует решения. Вопросы медицинской, социально-трудовой и семейной реабилитации могут успешнее решаться в эpileптологическом центре.

В настоящее время в Якутии на базе РБ №1-НЦМ имеются все предпосылки для создания специализированной эpileптологической помощи. В 2001г. создан эpileптологический кабинет в Детском клинко-консультативном отделении НЦМ, который в 2004 г. приказом Министерства здравоохранения РС(Я) (№ 01-8/4-268 от 23.07.04) принял статус Республиканского детского эpileптологического центра. В неврологической службе Республики Саха (Якутия) существуют реальные условия для организации республиканского эpileптологического центра, объединяющего взрослую и детскую службы, стационар и поликлинический прием. Используя опыт зарубежных и отечественных клиник, предлагаемая модель республиканского эpileптологического центра адаптирована к условиям республики. Для обеспечения преимущественности она включает в себя детское и взрослое стационарное и поликлиническое отделения. Базирование республиканского эpileптологического центра в Национальном центре медицины позволяет использовать лаборатории, отделения лучевой и функциональной диагностики. Немаловажную роль играет и оснащение современной аппаратурой: кабинет видео-ЭЭГ-мониторинга, электроэнцефалографами кабинетов эpileптологов, портативным энцефалографом для выезда в отдаленные северные улусы республики.

В эpileптологическом центре решаются вопросы диагностики, дифференциальной диагностики, терапии, военной и трудовой экспертизы. Эpileптологический центр координирует научные исследования, оказывает высококвалифицированную медицинскую помощь, активно выявляя больных и осуществляя профилактические

мероприятия. В задачи республиканского эпилептологического центра входит также координация работы школы эпилепсии, проведение санитарно-просветительной работы.

Амбулаторную службу центра должно представлять консультативно-поликлиническое отделение. Это отделение, кроме обычных консультативных функций диагностики и лечения, отбора больных для стационара, занимается профилактикой эпилепсии. Кабинет необходимо оснастить ЭЭГ аппаратом, чтобы непосредственно во время консультации проводить электроэнцефалографию. При оснащении кабинета эпилептолога электроэнцефалографом диагностический уровень значительно повысится в связи с планированием программ ЭЭГ-исследования. В задачи поликлиники входит активное выявление больных эпилепсией, профилактическое обследование организованных коллективов, обследование и диагностика больных, перенесших тяжелые нейроинфекции, интоксикации и черепно-мозговые травмы. Консультативно-поликлиническое отделение обеспечивает преемственность стационара и поликли-

ник. Взаимосвязь этих учреждений позволит четко профилизировать больных и осуществить дифференцированную госпитализацию. В центре необходимы такие специалисты-консультанты, как психиатр, психолог, окулист, логопед.

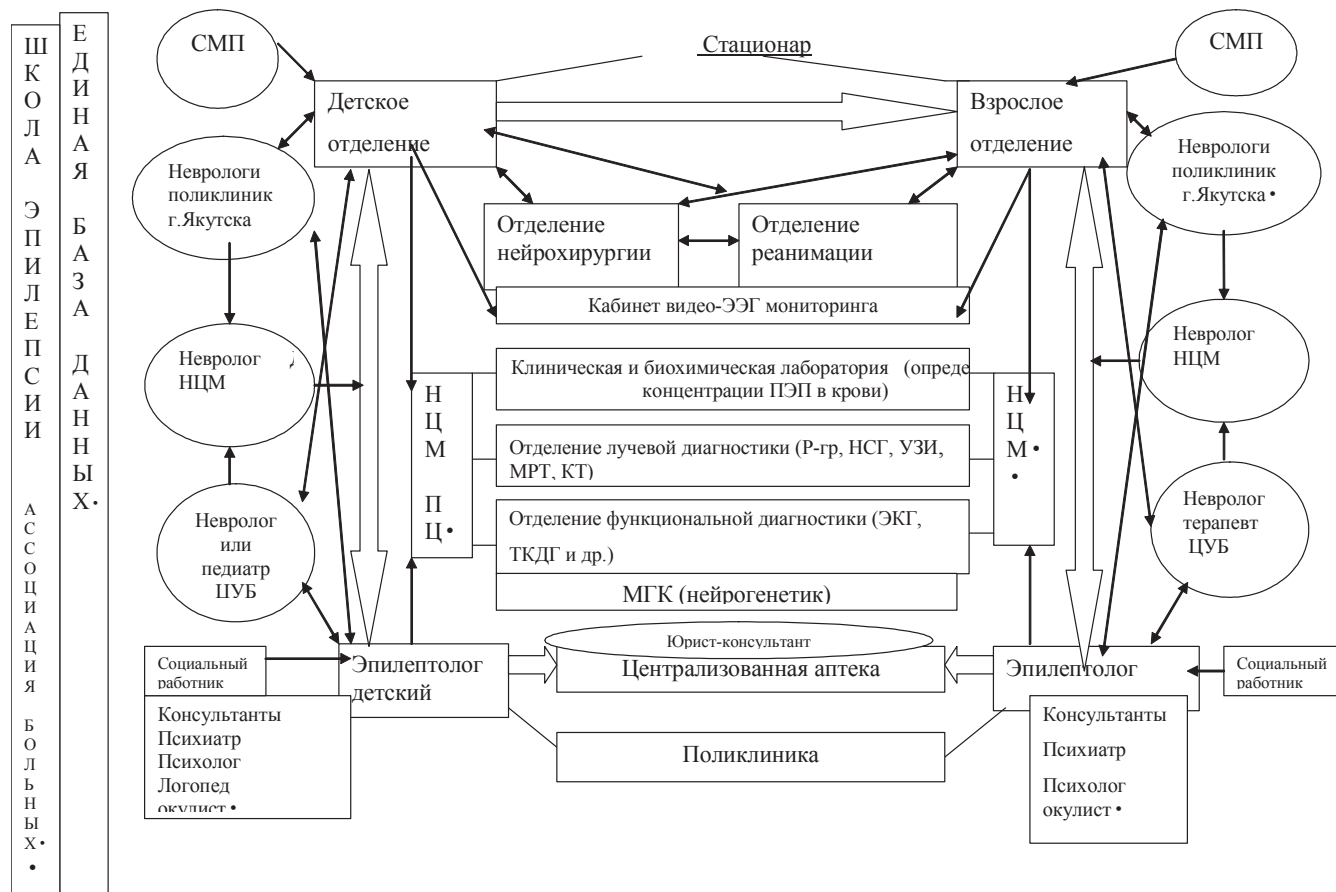
В стационар поступают больные с впервые поставленным диагнозом эпилепсия для подбора противосудорожной терапии, пациенты для динамического наблюдения, замены препарата, для дифференциальной диагностики с неэпилептическими пароксизмальными состояниями, а также больные с фармакорезистентными формами. Пациенты поступают из других медицинских учреждений, по скорой медицинской помощи и в результате активного выявления посредством скрининга и диспансеризации. Каждое отделение необходимо оснастить электроэнцефалографическим кабинетом. Также группа врачей центра должна быть мобильной, иметь портативный электроэнцефалограф, чтобы проводить консультации с выездом в улусы республики.

В отделение госпитализируют больных без выраженных психических на-

рушений. Одной из форм социальной реабилитации, сохраняющей контакт больных с семьей, родными, обществом и приближающей их обследования и лечение к обычным условиям, является дневной стационар. Дневной стационар может принять значительное число больных из круглосуточного стационара. Пребывая в дневном стационаре, больные общаются между собой, оказывают взаимную помощь друг другу. В стационаре возможно кратковременное пребывание больных (3-5 суток) в тех случаях, когда необходимо провести ЭЭГ-мониторинг, проведение МРТ головного мозга.

Проведение общеклинических и биохимических анализов, дополнительных методов обследования (Р-графия, МРТ, КТ головного мозга, НСГ, ТКДГ, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и др.), определение концентрации противосудорожного препарата в крови возможно в лабораториях и лучевом отделении Национального центра медицины. Также необходимо консультирование пациентов в медико-генетической консультации.

Одной из основных функций эпилептологического центра должно быть



Модель республиканского эпилептологического центра

создание единой республиканской базы данных больных, страдающих эпилепсией. Таким образом, вся информация о больных: амбулаторном наблюдении, стационарном лечении, реабилитационных мероприятиях будет занесена в единую базу данных, которая станет основой ведения регистра эпилепсии в республике.

Особую роль в успешной реабилитации больных эпилепсией играет решение социальных проблем [3-5, 14]. Больные эпилепсией нуждаются в социальной защите государства.

Социальные проблемы людей с эпилепсией довольно успешно пытаются решать за рубежом. Почти в каждой стране имеются региональные специализированные общественные и государственно-общественные организации, занимающиеся вопросами социальной помощи (прежде всего информационной) людям с эпилептическими приступами.

Вопросы социальной помощи больным также возможно решить через республиканский эпилептологический центр. Продолжение работы школы эпилепсии, создание общественной организации больных и родителей детей с эпилепсией обеспечит оказание психологической помощи пациентам с эпилепсией и их родным. Создание централизованной аптеки может решить проблему обеспечения современными противосудорожными препаратами больных.

Таким образом, создание республиканского эпилептологического центра позволит снизить инвалидизацию, благодаря ранней диагностике, адекватной и своевременной терапии современными препаратами. При этом сохраняется преемственность терапии на всех возрастных этапах (детский-подростковый-взрослый), в полном объеме реализуется взаимодействие амбулаторной и стационарной служб.

Выводы

1. Распространенность эпилепсии составляет 5,2 на 1000 детского населения Республики Саха (Якутия), а первичная заболеваемость – 114 на 100 000 детского населения.

2. Необходимо организовать единый республиканский эпилептологический центр, обеспечивающий преемственность этапов (детство-подростковый возраст-взрослый), а также объединяющий поликлиническую и стационарную помощь больным эпилепсией.

Литература

1. **Болдырев А.И.** Социальный аспект больных эпилепсией. – М.: Медицина, 1978. – С. 128-160.
2. **Бологова Т.В.** Сравнительная клинико-статистическая характеристика больных эпилепсией и анализ взаимоотношений их в семьях: Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2000. – 218 с.
3. **Гехт А.Б., Гусев Е.И., Куркина И.В., Локшина О.Б.** Эпилепсия – эпидемиология и социальные аспекты // Вестник РАМН. – 2001. – №7. – С. 22-26.
4. **Громов С.А., Липатова Л.В.** Медико-социальные аспекты риска развития осложнений жизни больных эпилепсией // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т.2, №9. – С.45-50.
5. **Громов С.А., Михайлов В.А., Васерман Л.И.** Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией // Там же. – Т.2, №6. – С.4-7.
6. **Громов С.А., Беги Е., Михайлов В.А., Липатова Л.В.** Эпидемиология эпилепсии и риск ухудшения качества жизни больных // Неврологический журнал. – 1997. – Т.97, №2. – М., С.27-30.
7. **Гусев Е.И., Гехт А.Б.** XVII Всемирный конгресс неврологов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2002. – Т.12, №10. – С.69.
8. **Зелинская Д.И., Балева Л.С.** Детская инвалидность. – М.: Медицина, 2001. – С.12-46.
9. **Искандер М.Башар.** Дифференцированная терапия эпилепсии у детей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1993. – 22 с.
10. **Карлов В.А.** Эпилепсия. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
11. **Карлов В.А.** Стратегия и тактика терапии эпилепсии сегодня // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2004. – Т.104, №8. – С.28-34.
12. **Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Калашникова Н.Б.** Современные представления о детской эпилептической энцефалопатии с диффузными медленными пик-волнами (синдром Леннокса-Гасто). – М, 2002. – 72 с.
13. **Опыт работы городского кабинета по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний у детей г.Санкт-Петербурга.** – С-Пб.: Петрополис, 2002. – 32 с.

14. **Сэльхольдт Л.** Консультативная, психологическая и социальная помощь родителям детей, страдающих эпилепсией в Дании // Вестник эпилептологии. – 2004. – №1(02). – С.18-20.

15. **Тойтман Л.Л., Тойтман О.Л.** Некоторые факторы прогрессивности течения эпилепсии (по данным эпидемиологического обследования). // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2002. – Т.2. – №6. – С. 43-45.

16. **Хамитова Г.Р.** Клинико-эпидемиологический анализ эпилепсии у детей в экологически различных регионах республики Башкортостан: Дис. ...канд. мед. наук. – Уфа, 1996. – 114 с.

17. **Эпилептология детского возраста** / Под ред. Петрухина А.С. – М.: Медицина, 2000. – 623 с.

18. **Эпилепсия и судорожные синдромы у детей** / Под ред. Темина П.А., Никаноровой М.Ю. – М.: Медицина, 1999 – 653 с.

19. **Aicardi J.** Epilepsy in children. – New-York: Raven Press, 1999. – 555 p.

20. **Biman Kanti Ray, Susanta Bhattacharya, Tejendra Nath Kundu et al.** Epidemiology of Epilepsy – Indian Perspective //Journal of the Indian medical association. – 2002. – Vol.100, №5 – P. 322-327.

21. **Chiofalo N., Kirschbaum A., Fuentes A. et al.** Prevalence of epilepsy in Melipilla. Chile // Epilepsia. – 1979. – Vol.20. – P.261-266.

22. **Cockerell O.C., Eckle I, Goodridge D.M. et al.** Epilepsy in a population of 6000 re-examined: secular trends in first attendance rates, prevalence, and prognosis // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. – 1995. – Vol. 58. – P. 570-576.

23. **Dogui M., Jallon P., Ben Tamalla J. et al.** Epilepsy: Incidence of Newly Presenting Seizures in Children in Region of Sousse, Tunisia // Epilepsia. – 2003. – Vol. 44. – No. 11. – P. 1441-1444.

24. **Goodridge D., Shorvon S.** Epileptic seizures in a population of 6000. Treatment and prognosis // British Medical Journal. – 1983. – Vol. 287. – P.645-647.

25. **Hauser W.A., Annegers J.F., Kurland L.T.** Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984 // Epilepsia. – 1993. – Vol. 34. – P.453-468.

26. **Keranen T., Riekkinen P.J., Sillanpaa M.** Incidence and prevalence of epilepsy in adults in eastern Finland // Jbid. – 1989. –Vol.30. – P. 413-421

27. **Krohn W.** A study of epilepsy in Northern Norway, its frequency and character // Acta Psychiatr. Scand. – 1961. – Vol.36. – P215-225.

28. **Loiseau J., Loiseau P., Guyot M. et al.** Survey of seizure disorders in the French southwest. I. Incidence of epileptic syndromes // Epilepsia. – 1990. – Vol.31. – 4. – P.391-396.