УДК 616.853-053.4-07-08:615.213

Зозуля І. С., Нечай А. Ф.*,***
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Міська дитяча клінічна лікарня № 1** (м. Київ)*

ГЕНЕРАЛІЗОВАНА ЕПІЛЕПСІЯ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ: ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Найвищий рівень захворюваності на епілепсію спостерігається у дітей молодше 1 року життя (від 100 до 233/100000), а у ранньому віці сягає 60/100000 (Hauser, 2001; Jallon, 2002). В Україні у 2010 р. поширеність епілепсії становила 3,10, захворюваність — 0,47 на 1000 дітей (М. К. Хобзей, 2010). Генералізовані епілепсії в дитячому віці спостерігаються у 27 % до 48 % та переважають у віковій групі від 0 до 5 років (Sillanpää,1999; Eriksson,1997).

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування дітей раннього віку, хворих на генералізовані форми епілепсії.

Обстежено 215 хворих дітей віком від 1 місяця до 3 років, які звернулися з приводу генералізованих нападів. Основна група — 142 дитини, які спостерігалися у неврологічному відділенні МДКЛ № 1 м. Києва протягом 2009—2011 рр., складалася з 73 хлопчиків (51,4 ± 4,2 %) і 69 дівчаток (48,6 % ± 4,2 %); середній вік — 15,4 ± 0,8 міс. Контрольна група — 73 дитини, які спостерігалися у тому ж закладі протягом 1999—2000 рр., коли не застосовувався запропонований алгоритм. Оцінка важкості перебігу епілепсії проводилася згідно з принципом, запропонованим Болдиревим А. І. (1984). Статистичне оброблення даних проводили за допомогою програм STATISTICA 5.0 та MS Excel XP.

Серед 142 хворих основної групи у 73 (51,4 ± 4,2 %) було підтверджено діагноз генералізованих форм епілепсії. Пацієнти з генералізованою епілепсією складали різнорідну групу з піком дебюту у перші 6 місяців життя (56,2 %), переважно важким перебігом хвороби з частими (щоденними) епілептичними припадками (72,6 %); у 49 (67,1 ± 5,5 %) з них мала місце класична генералізована пік-хвильова ЕЕГ-активність; у 24 (32,9 ± 5,5 %) на інтериктальних ЕЕГ виявлено фокальні епілептиформні розряди або епілептиформна активність була відсутня. Встановлено, що важчий перебіг епілептичної хвороби мав місце у хворих з раннім дебютом та за умов важкого неврологічного дефіциту, при наявності МРТ-ознак ураження структур головного мозку ($p < 0,05$). За клінічними та параклінічними ознаками у 40 (54,8 ± 5,8 %) хворих вдалося встановити специфічні клініко-нейрофізіологічні синдроми (серед них синдром Веста — у 82,5 %). У 69 (48,6 ± 4,2 %) пацієнтів основної групи було встановлено неепілептичну природу пароксизмальних станів; у 29 (42 %) з них напади дебютували у віці від 7 до 12 місяців; на інтериктальних ЕЕГ відхилення від вікової норми спостерігалися у 17,5 %. Запропонований алгоритм диференціальної діагностики генералізованої епілепсії та неепілептичних пароксизмів дозволив оптимізувати діагностику епілепсії, особливо за умов недостатньо широкого впровадження ЕЕГ-моніторингу.

Найбільш ефективним в лікуванні хворих з генералізованими формами епілепсії було застосування препаратів вальпроєвої кислоти, особливо при симптоматичній, ідіопатичній формах, у пацієнтів з генетичними вадами (у 74 % вдалося досягти медикаментозної ремісії або зниження кількості припадків на 50 % і більше); та у хворих на синдром Веста без МРТ-ознак структурного ураження головного мозку або зі структурними порушеннями, які настали внаслідок гіпоксично-ішемічного ураження головного мозку в перинатальному періоді (ремісія — у 40 %). Застосування кортикостероїдів (як монотерапія та у комбінації з вальпроатами) було ефективним при синдромі Веста різного походження, а також при лікуванні пацієнтів з резистентними нейрофізіологічно-клінічними епілептичними синдромами (синдром Отахара). Застосування піридоксину гідрохлориду у добовій дозі 50—100 мг виявилося ефективним у 2 пацієнтів з синдромом Веста.

УДК:616.851-005.8-002.1-035

І. С. Зозуля, В. В. Ніконов**, Т. В. Мироненко***, А. І. Зозуля**
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ), Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)**, Луганський державний медичний університет (м. Луганськ)****

НЕЙРОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МОЗКУ: СУЧАСНИЙ ВИМІР

Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) залишаються однією із найбільш актуальних медико-соціальних проблем. Їхня якісна діагностика, лікування і профілактика є складною і важливою задачею неврології і, насамперед, через складність завдань, що стоять перед лікарями.

Частота виникнення інсультів у світі складає біля 200 випадків на 100 тис. населення щорічно (в Росії 350—530, в Україні 180—220). Для США інсульт є третьою за частотою причиною смерті, для країн Європи — другою, для мегаполісів Росії — першою.

Сьогодні гостро стоїть питання щодо нових технологій лікування гострого ішемічного інсульту на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі, можливості застосування тромболітичної, нейропротекторної терапії та нейрохірургічного втручання. Враховуючи часові параметри, всі ці методи повинні здійснюватися протягом перших 3—6 годин. Встановлено, що ефективність тромболітичної терапії зберігається 4,5 години, та існує багато протипоказань до її застосування. Нейрохірургічні втручання виконуються в основному при патології магістральних судин голови і шиї (атеросклеротичні ураження, тромбози, подовження). Проте, ці методи лікування застосовують лише в клініках великих міст.

Сьогодні все більшого масштабу набирає нейропротекторна терапія, яку можна і потрібно проводити в усіх випадках ішемічного інсульту. Нейропротекторна терапія може використовуватись перед, або під час нейрохірургічних втручань і тромболітичної терапії. Головним і ефективним нейропротектором на сьогодні є цитиколін. Він дійсно сприяє зменшенню ураження мозку при ішемії.

В Україні використовується новий нейропртектор Нейроксон (вітчизняний цитиколін виробництва Корпорації «Артеріум»).

Метою нашої роботи було вивчення ефективності застосування цитиколінів Цераксон і Нейроксон у хворих з гострим ішемічним інфарктом мозку.

Проведено рандомізоване дослідження 60 пацієнтів з інфарктом мозку в гострий період у віці від 35 до 60 років, які були поділені на 2 рівні групи. Перша група отримувала Цераксон в дозі 1000 мг, друга — Нейроксон в аналогічній дозі. Лікування пацієнтів обох груп проводили відповідно до міжнародних рекомендації. Включення пацієнтів у дослідження проводили з урахуванням етичних норм після скрупульозної оцінки всіх пунктів протоколу дослідження.

Верифікація діагнозу здійснювалася за допомогою візуалізаційних методів (КТ, МРТ, УЗДГ). Ступінь порушень неврологічних функцій оцінювали в балах за шкалами NIHSS, MMSE, Бартел та ін. Дослідження проводили в перші години після надходження хворого (3—6—12), на 5—7 і 15 добу перебування в стаціонарі.

При надходженні у відділення неврологічні порушення тяжкого ступеня були у 20 пацієнтів, дуже тяжкого — у 12, середньої тяжкості — у 18, легкого — у 10 пацієнтів. В неврологічному статусі у 83,15 % пацієнтів спостерігалися рухові порушення, у 92 % — порушення координації і у 85 % — порушення чутливості, у 55 % — моторна, сенсорна або змішана афазія. За шкалою MMSE у 78 пацієнтів зареєстровано когнітивні розлади. Індекс Бартел складав 77,1 ± 1,9 бали. Тяжкість інсульту складала в середньому 6,10 ± 0,09 бали. Після проведеного лікування цитиколінами (Цераксоном і Нейроксоном) практично у всіх хворих стан значно покращився, що виражалося регресом симптомів.

Слід відмітити, що кращий позитивний результат був у хворих, які отримували цитиколіни з перших 60 хвилин надходження (3—6 годин від початку інсульту) і у молодих пацієнтів. Зіставлення клініки і об'єктивних даних обох груп показало, що динаміка показників була однаковою і різниця між ними була статистично незначимою.

Встановлено, що значна позитивна динаміка при використанні Цераксона і Нейроксона спостерігалася уже на 7 добу. В процесі лікування у вкрай важких хворих дозу препаратів збільшували до 2000 мг.

За даними МРТ, КТ виявлена позитивна динаміка, яка проявлялася зменшенням набряку мозку, зони пенумбри і об'єму зони ураження мозку.

Наші дослідження показали, що під впливом цитиколінів Цераксону і Нейроксону у хворих з гострим інфарктом мозку було статистично значимим зменшення в однаковій степені неврологічних симптомів, відновлення свідомості, когнітивних функцій, емоційної сфери.

Вітчизняний цитиколін — Нейроксон за всіма параметрами відповідає Цераксону і в такому ж ступені впливає на перебіг гострого інфаркту мозку.

Раннє включення в терапію гострого інфаркту мозку в адекватних дозах приводить до значного клінічного покращання, зменшенню інвалідизації і підвищенню якості життя.