

значено відсутність значущих різниць щодо неврологічного дефіциту. Така саме динаміка спостерігалась і у пацієнтів, що отримували тільки хвороба-модифікуючу терапію.

В групі лікування препаратом вітаміну D₃ (III група) середня оцінка EDSS через 1 рік залишилася без змін, але в цій групі на 10,4 % більше хворих протягом однорічного періоду спостереження зберігають стабільність неврологічного стану, ніж у групі пацієнтів без такого лікування ($p = 0,021$).

У хворих, які отримували холекальциферол на тлі лікування імуномодулюючими засобами (IV група), траплялося погіршення зорової функції (СШ: 0,16; ДІ: [0,019—1,124], $p = 0,048$), але достовірної динаміки сумарних оцінок EDSS не встановлено.

Результати проведеного дослідження показали зниження частоти рецидивів МС у пацієнтів, передусім, які використовували вітамін D як доповнення до лікування імуномодулюючими препаратами і певні позитивні тенденції при монотерапії холекальциферолом. Відмінностей у змінах оцінок функціональної спроможності за шкалою EDSS між досліджуваними групами не спостерігалось. Натомість, є підстави рекомендувати вживання препаратів вітаміну D у хворих з МС у фізіологічних, безпечних дозах.

УДК 616.853-02:616-001.3-036.8-037

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Наслідки лікування та прогноз післятравматичної епілепсії

Частота розвитку післятравматичної епілепсії (ПТЕ) складає 2—5 % після закритої і до 50 % після відкритої черепно-мозкової травми (ЧМТ). Вважають, що основними предикторами розвитку ПТЕ є виникнення нападів в гострому періоді травми (ранні — в межах одного тижня — так звані гострі симптоматичні епілептичні напади, або пізні — після двох і більше тижнів після ЧМТ), а також ступінь її тяжкості. У дослідників все ще немає впевненості в тому, що фармакологічне лікування наслідків ЧМТ з превентивним призначенням протиепілептичних препаратів (ПЕП) одночасно сприяє профілактиці ПТЕ.

Метою дослідження було вивчення результатів лікування і прогнозу пацієнтів з ПТЕ порівняно з іншими формами симптоматичної епілепсії (СЕ) шляхом тривалого (в середньому $8,3 \pm 3,0$ роки) спостереження.

Під наглядом перебували 236 пацієнтів з різними етіологічними формами симптоматичної епілепсії, серед них 46 пацієнтів із ПТЕ (19,5 %): 33 чоловіки (71,7 %) і 13 жінок (28,3 %) віком від 21 до 82 роки (середній вік — $41,7 \pm 14,9$ роки). Середній вік початку захворювання становив $24,9 \pm 14,6$ роки. Всім пацієнтам проводили МРТ та неодноразово — ЕЕГ обстеження.

Легкі закриті ЧМТ діагностовано у 34 осіб (73,9 %), середнього і тяжкого ступеня — у 10 осіб (21,7 %), з них троє пацієнтів були прооперовані з приводу субдуральної гематоми. Двоє осіб (4,4 %) перенесли відкриті проникаючі ЧМТ в поєднанні із забоем тяжкого ступеня. У більшості пацієнтів перші неспровоковані напади виникали протягом кількох місяців після перенесеної ЧМТ (67,4 % хворих), але були випадки появи перших приступів через 3—5—7 років. Незважаючи на клінічну діагностику ЧМТ легкого ступеня у більшості пацієнтів в первинній документації, в усіх хворих виявлені структурні зміни головного мозку на МРТ.

У більшості пацієнтів з ПТЕ спостерігались часті — у 23 (50,0 %) і дуже часті напади — у 11 (23,9 %), тобто від 1 до 5—6

на місяць, причому часто поєднувались три типи приступів — прості і складні вогнищеві та вторинно-генералізовані, що статистично достовірно приводило до фармакорезистентності ($p < 0,01$). Загалом при ПТЕ 20 осіб (43,5 %) перебували в ремісії, у 26 (56,5 %) напади залишались неконтрольованими, незважаючи на використані різні режими прийому ПЕП. Якщо початок ПТЕ відбувся у віці до 12 років, то хвороба набувала найбільш несприятливого перебігу: у 80 % пацієнтів надалі розвинулась фармакорезистентність ($p < 0,05$). Зриви ремісії найчастіше відбувались у пацієнтів із ПТЕ та з алкогольною СЕ (23,9 % і 58,3 % відповідно), здебільшого через некомплаєнтність та вживання спиртних напоїв. Серед всіх пацієнтів із СЕ найгірші результати терапії з розвитком фармакорезистентності були у хворих з ПТЕ, з медіальним темпоральним склерозом і з дитячим церебральним паралічем. У пацієнтів з ПТЕ коморбідний вторинний інтер- та перііктальний біль голови виникав достовірно частіше, ніж при СЕ іншої етіології ($p < 0,05$). Соматична коморбідність виявлялась у пацієнтів з ПТЕ поряд із особами із судинною та з алкогольною СЕ. Це було пов'язано як з появою вік-залежної соматичної патології, так і з вторинними ускладненнями з боку внутрішніх органів у віддаленому періоді ЧМТ з розвитком поліорганної патології. Сійка втрата працездатності також була характерною для пацієнтів з ПТЕ ($p < 0,01$), що було зумовлено не тільки несприятливим перебігом СЕ, але і неврологічним дефіцитом різного ступеня.

Отже прогноз щодо розвитку ПТЕ залишається серйозним навіть при перенесеній легкій ЧМТ з вірогідністю фармакорезистентного перебігу епілепсії.

УДК 614.2:616.853

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М., Ткачук Л. Й.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Десятирічний досвід роботи Львівського обласного протиепілептичного центру: підсумки та перспективи

Львівський обласний протиепілептичний центр був створений 2006 року на базі кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Відповідно до затвердженого Положення центру (а на цей час і відповідно до вимог уніфікованих клінічних протоколів «Епілепсія у дорослих» та «Епілепсія у дітей»), первинні пацієнти скеровуються на консультацію в центр за умови труднощів діагностики і/або безуспішності лікування у лікаря-невролога вторинної ланки, а також з метою обліку і подальшого спостереження.

За час існування центру була надана консультативна допомога більш як 8,5 тис. пацієнтів, з них близько 10 % — діти і підлітки, 8,4 % осіб — з інших областей Західно-українського регіону. Від 6 до 10 % пацієнтів щороку проходять стаціонарне обстеження з метою диференціальної діагностики епілептичних і неепілептичних пароксизмальних станів, підбору або корекції лікування, визначення ступеня працездатності та ін. Відповідно до рекомендацій Міжнародної протиепілептичної Ліги (1997) усім пацієнтам обов'язково проводять ЕЕГ і МРТ дослідження. За останні роки з'явилась можливість використання МРТ з потужністю магнітного поля 1,5 Т, а також відео-ЕЕГ-моніторингу, що дозволило встановити діагноз симптоматичної епілепсії близько 15 % пацієнтів, у яких етіологія захворювання тривалий час була невідомою — криптогенна епілепсія. Це, в свою чергу, дало можливість скерувати деяких хворих на нейрохірургічне лікування.